



ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD  
DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA  
DE PACIENTES CON LA INFECCIÓN POR VIH  
EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**Rafael Carlos Puentes Torres**

*Directores: Cristina Aguado Taberné*

*Luís Ángel Pérula de Torres*

*Año: 2017*

TITULO: ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA  
OPORTUNISTA DE PACIENTES CON LA INFECCION POR VIH EN  
LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL  
DE SALUD

AUTOR: *Rafael Carlos Puentes Torres*

---

© Edita: UCOPress. 2017  
Campus de Rabanales  
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A  
14071 Córdoba

[www.uco.es/publicaciones](http://www.uco.es/publicaciones)  
[publicaciones@uco.es](mailto:publicaciones@uco.es)

---





**TÍTULO DE LA TESIS:** Aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista de pacientes con la infección por VIH en los centros de atención primaria del sistema nacional de salud.

**DOCTORANDO/A:** Rafael Carlos Puentes Torres

**INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS**

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

El doctorando ha ido progresando adecuadamente en el proceso de formación requerido para afrontar el trabajo de tesis, demostrando haber alcanzado las competencias requeridas para la culminación exitosa del mismo.

El estudio ha sido objeto de gran interés por parte de distintos organismos y sociedades científicas (IMIBIC, SEISIDA, SAMFyC, semFYC-PAPPS), y prueba de ello son las becas y premios que ha logrado en relación al proyecto.

Cabe también destacar la gran repercusión que han tenido los resultados alcanzados, tanto a nivel mediático (ver punto 11.3 de la tesis), como en eventos científicos (6 comunicaciones, ver punto 11.2), y en publicaciones con factor de impacto (puntos 10.1 a 10.3).

Por todo ello considero que el doctorando reúne todos los requisitos necesarios para defender su trabajo de tesis.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 22 de junio de 2017

Firma del/de los director/es

Fdo.: Luis Angel Pérula de Torres    Fdo.: Cristina Aguado Taberné





---

# AGRADECIMIENTOS

---

## **AGRADECIMIENTOS**

El embarcarme en la realización de una tesis doctoral en un momento de mi vida lleno de cambios personales y profesionales fue una decisión difícil de tomar que en muchos momentos a lo largo de este proceso me resultó innecesaria e inoportuna. Con la especialidad en medicina familiar y comunitaria terminada hacía poco más de dos años, una situación laboral precaria y un pie fuera de España, emprendí este recorrido que ahora llega a su fin. Hoy, desde Suecia, con una vida más calmada después del duro proceso de adaptación a un nuevo idioma y sistema sanitario, y siempre añorando mi país, considero injusto publicar este trabajo sin antes dar las gracias a aquellos que lo han hecho posible. Es por eso que mis agradecimientos van para ellos, para vosotros.

A la Dra. Cristina Aguado Taberné, directora de esta tesis y amiga, por brindarme este proyecto en el que tantas dudas deposité al inicio y del que tan orgulloso me siento hoy día, y al Dr. Luís Ángel Pérula de Torres, codirector de la misma, cuyos consejos y directrices han resultado imprescindibles para el resultado final. Gracias a ambos por el trabajo conjunto, por vuestra experiencia, y por haber adaptado la dirección de una tesis a mis necesidades personales dada la distancia que nos separa.

A la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba y en especial a Marga, por su ayuda desinteresada y las largas horas de dedicación a este proyecto durante el trabajo de campo y la recogida de datos.

Al Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) por sus premios y becas que, no sólo ayudaron a financiar esta investigación, sino que además me ayudaron a creer en mí y en mi trabajo.

A la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y a mi tutor, Pepe Espejo, por enseñarme a amarla. Sin duda la especialidad más bonita del mundo, que combina el carácter científico con el humano, y cuyas posibilidades son infinitas con una adecuada gestión. Lástima que esto último no siempre se cumpla, limitando las capacidades de muchos grandes profesionales y mermando la calidad asistencial.

---

Al grupo de investigadores VIH-AP, los más de 200 médicos de familia y residentes de toda España que han participado en este estudio. Gracias por vuestra dedicación.

A la revista Atención Primaria y la Revista Multidisciplinar del SIDA, por publicar los artículos surgidos de esta tesis y dar difusión a nuestro trabajo. El conocimiento debe estar al alcance de todos y es obligado el divulgar trabajos que puedan mejorar nuestra actuación para con nuestros pacientes, objetivo final de esta tesis.

A mis actuales compañeros de trabajo del Närhälsan Frölunda Vårdcentral, por interesarse en mis proyectos y alegrarme el día a día. Hacéis que vivir en Suecia merezca un poco más la pena. Así da gusto ir a trabajar.

A mi familia, y sobre todo a mis padres, por apoyarme en todas mis decisiones y estar presentes día a día incluso en la distancia. Por inculcarme valores y actitudes que tanto me han ayudado para la realización de esta tesis, como la constancia, el esfuerzo, la positividad y el amor por lo que se hace. Gracias por ser mi ejemplo a seguir como personas. Soy lo que soy gracias a vosotros. Y gracias a los que inventaron las redes sociales y otros medios de comunicación que me permiten teneros cerca aún desde tan lejos.

Y por último a mi marido. Como se suele decir, mi compañero de viaje, y en este caso también de viajes. Por acompañarme en mis proyectos y animarme cuando lo necesito, y cuando no también. Por quererme cuando mis miedos me hacen insoportable y por saber sacarme una sonrisa como nadie. Haces que mi día a día merezca la pena.

A todos, de corazón, gracias.

---

---

# ÍNDICE

---

## **ÍNDICE**

1.- Resumen y abstract.....	14
1.1.- Resumen. ....	15
1.2.- Abstract.....	17
2.- Financiación.....	21
3.- Introducción.....	24
3.1.- Historia de la infección por el VIH.....	25
3.2.- Fisiopatología de la infección. ....	27
3.3.- Morbilidades asociadas a la infección. Definición de SIDA. ....	29
3.4.- Situación epidemiológica actual. ....	32
3.5.- Prevención secundaria. Tipos de cribado.....	36
3.6.- Criterios para recomendar una prueba de cribado. ....	37
3.7.- Recomendaciones de las instituciones y organismos internacionales y nacionales. ....	39
3.8.- Estudios realizados hasta la fecha. Estudios sobre la eficacia del cribado del VIH. ....	44
3.9.- Justificación: ¿Por qué este estudio?.....	46
4.- Hipótesis de trabajo. ....	50
5.- Objetivos a alcanzar.....	53
5.1.- Objetivo primario.....	54
5.2.- Objetivos secundarios. ....	54
6.- Diseño.....	56
6.1.- Diseño general del estudio.....	57
6.2.- Estudio de los pacientes. ....	58
6.3.- Estudio de los profesionales.....	61
6.4.- Consideraciones éticas y legales.....	63

---

7.- Metodología.....	66
8.- Resultados.....	71
8.1.- Análisis descriptivo de los pacientes. ....	72
8.2.- Aceptabilidad de la prueba del VIH.....	73
8.3.- Análisis descriptivo de los profesionales. ....	78
8.4.- Aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista del VIH. ....	80
8.5.- Prevalencia de VIH. ....	83
9.- Discusión. ....	86
9.1.- Aceptabilidad de la búsqueda oportunista por parte de la población.....	87
9.2.- Aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista por parte de los médicos de atención primaria. ....	91
9.3.- Análisis de los resultados de prevalencia.....	94
9.4.- Optimización de la búsqueda de la infección por el VIH. ....	95
9.5.- Limitaciones del estudio. ....	96
9.6.- Relevancia. Futuras vías de investigación. ....	97
10.- Publicaciones en revistas indexadas. ....	100
10.1.- Aceptabilidad de la búsqueda oportunista del virus de la inmuno- deficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: Estudio VIH-AP. ....	101
10.2.- Aceptabilidad de la búsqueda oportunista del virus de la inmuno- deficiencia humana en atención primaria. ....	113
10.3.- Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunista de VIH en los centros de salud de España.....	116
11.- Otras aportaciones científicas. ....	128
11.1.- Barreras al diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria.....	129
11.2.- Comunicaciones en congresos. ....	136
11.3.- Repercusión mediática. ....	137
12.- Conclusiones.....	141



---

13.- Abreviaturas.....	145
14.- Bibliografía.....	149
15.- Listado de investigadores del estudio VIH-AP. ....	161
16.- Anexos.....	169

---

---

1

RESUMEN

Y

ABSTRACT

---

## **RESUMEN Y ABSTRACT**

### **1.1.- RESUMEN.**

**Introducción.** La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo en nuestros días un problema de salud a nivel mundial. Si bien su incidencia se ha reducido desde la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la situación en España sigue siendo preocupante dados los altos índices de infección oculta o infradiagnosticada, cercanos al 30%, y que son responsables de la mayoría de los nuevos contagios. Es manifiesta la necesidad de aumentar el diagnóstico del VIH desde atención primaria (AP) con diferentes estrategias de búsqueda. Entre estas estrategias destaca la búsqueda oportunista, propuesta por numerosas entidades científicas internacionales, y que cuenta con una alta eficacia probada en otros países al eliminar las barreras clásicas en torno a esta infección, pero poco sabemos de la aceptabilidad de este tipo de cribado entre ciudadanos y profesionales de la salud, así como la factibilidad de su puesta en marcha en nuestro país. El presente trabajo trata de esclarecer estas interrogantes.

**Objetivo principal.** Estudiar la aceptabilidad y factibilidad del cribado oportunista del VIH por parte de pacientes y profesionales en los centros de atención primaria de España.

**Objetivos secundarios.** Estudiar los factores que influyen en dicha aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista del VIH.

**Diseño.** Estudio epidemiológico multicéntrico, observacional y transversal, llevado a cabo con entrevista directa de los pacientes para la primera fase del estudio y con encuesta autocumplimentada de los profesionales para la segunda fase. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, bivalente y multivalente (regresión logística).

**Emplazamiento.** Centros de atención primaria del sistema nacional de salud (SNS).

**Participantes.** Para el análisis de aceptabilidad por parte de la población se incluyeron en el estudio pacientes de 18 a 65 años que acudiesen a su centro de salud, y a los cuales hubiese

---

que realizar una analítica, siempre que no se hubiesen realizado la prueba del VIH con anterioridad. Para el análisis de la aceptabilidad y factibilidad del cribado por parte de los profesionales de la salud se incluyeron en el estudio todos aquellos médicos que participaron reclutando pacientes para la anterior medición.

**Mediciones principales.** En el análisis de pacientes se registró la edad, el sexo, el tener pareja estable, el nivel de instrucción, el consumo de tabaco/alcohol, el motivo de la analítica, la aceptabilidad de la prueba del VIH y el motivo por el que no acepta, en el caso de aquellos pacientes que rechazaron incluir la prueba en su analítica, o por el que no se le había realizado antes en el caso de aquellos que aceptaron la prueba. En el análisis de los médicos se registró, mediante encuesta autocumplimentada, la edad, el sexo, la cualidad de docente, los años dedicados a la investigación, el tiempo trabajando con el mismo cupo y la aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista del VIH tras su experiencia reclutando pacientes para la primera parte de este trabajo.

**Periodo.** El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2013 y marzo de 2014.

### **Resultados principales.**

PRIMERA FASE: doscientos ocho médicos de 150 centros de atención primaria de España captaron un total de 3.314 pacientes válidos para el estudio. La aceptación del test del VIH por parte de los pacientes fue del 93,1% (IC 95%: 92,2-93,9). De estos, el 56,9% no se la habían realizado antes por no considerarse en riesgo, y el 34,8% por no habérsela ofertado su médico. Del 6,9% que rechazó la serología, el 73,9% alegó no considerarse en riesgo. Mediante análisis de regresión logística las variables que mostraron relación con la aceptabilidad de la prueba positivamente fueron: la edad (grupo de 26 a 35 años; OR=1,79; IC 95%: 1,10-2,91) y ser no fumador (OR=1,39; IC 95%: 1,01-1,93). Los residentes en poblaciones entre 10.000 y 50.000 habitantes (OR=0,57; IC 95%: 0,40-0,80) fueron los que en menor grado aceptaron la prueba. La prevalencia de VIH detectada fue del 0,24%.

SEGUNDA FASE: de los 208 médicos que reclutaron pacientes, 197 devolvieron la encuesta correctamente cumplimentada. Entre ellos la media de edad fue de 45,2±9,7 (DT) años. El 18,8% eran menores de 36 años, el 70,1% mujeres, y el 62,4% docentes. El 55,8% trabajaban en localidades mayores de 100.000 habitantes y la media de años ocupando el mismo cupo fue de 6,4±6,6. El 91,9% (IC 95%: 88,1-98,7) consideró la búsqueda oportunista del VIH

---

aceptable, el 89,3% (IC 95%: 85,0-93,6), factible de realizar, mostrando el análisis multivariante relación positiva con el realizar actividad docente (OR=2,74; IC 95%: 1,16-6,49). La aceptación de la prueba por parte de los pacientes se relacionó positivamente con el tiempo que el médico había trabajado en el mismo cupo, la cualidad de ser docente y los años dedicados a la investigación.

**Conclusiones.** La búsqueda oportunista del VIH en los centros de salud de España es un método de cribado altamente aceptado por parte de la población general y de los profesionales de la salud. Su realización en atención primaria es además factible según los propios médicos que trabajan en dichos centros.

## 1.2.- ABSTRACT.

**Introduction.** Human immunodeficiency virus (HIV) infection remains being a worldwide health problem nowadays. Despite the reduction of its incidence since the beginning of the highly active antiretroviral therapy (HAART), the situation in Spain remains being alarming, given the fact of the high rates of hidden or underdiagnosed infection, close to 30%. In addition, this hidden fraction is responsible for most of new infections. There is a clear need to increase the diagnosis of HIV from primary care with different search strategies. Among these strategies, it is worth mentioning the opportunist search, proposed by numerous international scientific entities, and which has a proven high efficiency in other countries by eliminating the classic barriers to this infection. But little do we know about the acceptability of this kind of screening among citizens and health professionals, as well as the feasibility of its implementation in our country. The present paper tries to clarify these questions.

**Main objective.** To study the acceptability and feasibility of the opportunistic search for HIV among patients and physicians in primary care centers in Spain.

**Secondary objectives.** To analyse the factors that have an influence on that acceptability and feasibility of the opportunistic search for HIV.

---

**Design.** Multicenter, observational and cross-sectional epidemiological research, carried out with a direct interview of the patients for the first phase of the study and with a self-completed survey of the professionals for the second phase. A descriptive, bivariate, multivariate (logistic regression) statistical analysis was performed.

**Location.** Primary health care centers of the Spanish health care system.

**Participants.** For the analysis of acceptability among the population, we included in the study all those patients from 18 to 65 years who went to their health center and whom an analysis should be performed, providing that they had never been tested for HIV before. For the study of acceptability and feasibility of the opportunistic screening among the physicians, all those doctors who participated by recruiting patients for the previous measurement were included in the research.

**Period.** The fieldwork was conducted between November 2013 and March 2014.

**Recorded variables.** In the case of patients, the recorded variables were age, gender, stable partner, educational level, tobacco/alcohol use, reason for blood testing, acceptability of taking the HIV test, reasons for refusing to take the HIV test, in case of rejecting the test, and reasons for not having taken an HIV test previously in those who accepted. In the case of the physicians, the collected data, with help of a self-filling survey, were age, sex, teaching skills, amount of years dedicated to research, time working with the same quota of patients, acceptability and feasibility of opportunistic search for HIV after their experience recruiting patients for the first part of the research.

### **Main results.**

**FIRST PHASE:** A total of 208 general practitioners (GPs) from 150 health care centres recruited 3,314 patients. Most (93.1%) of patients agreed to take the HIV test (CI 95%: 92.2-93.9). Of these patients, 56.9% reported never having had an HIV test before because they considered not being at risk of infection, whereas 34.8% reported never having been tested for HIV because their doctor had never offered it to them. Of the 6.9% who refused to take the HIV test, 73.9% considered that they were not at risk. According to the logistic regression analysis, acceptability was positively associated to age (higher among between 26 and 35

---

year olds, OR=1.79; CI 95%: 1.10-2.91) and non-smokers (OR=1.39; CI 95%: 1.01-1.93). Those living in towns with between 10,000 and 50,000 inhabitants showed less acceptance to the test (OR=0.57; CI 95%: 0.40-0.80). The HIV prevalence detected was 0.24%.

SECOND PHASE: Of those 208 physicians, 197 send the survey back correctly filled out. Among them, the mean age was  $45.2 \pm 9.7$  (SD) years. A total of 18.8% were under 36 years old, 70.1% were women and 62.4% had teaching skills. 55.8% worked in towns with a population over 100,000 inhabitants and the mean of years working with the same quota of patients was  $6.4 \pm 6.6$ . Up to 91.9% (CI 95%: 88.1-98.7) of them considered the opportunistic search for HIV acceptable and 89.3% (CI 95%: 85.0-93.6), feasible to perform. The multivariate analysis showed positive relation between the acceptability/feasibility and teaching skills (OR=2.74; CI 95%: 1.16-6.49). The acceptance of the screening by patients was 93.1% and this was positively related to how long the doctor had worked with the same quota, teaching skills and the amount of years dedicated to research.

**Conclusions.** The opportunistic search for HIV in health care centers in Spain is a highly accepted screening method for the general population and for health professionals. Its realization in primary care is also feasible according to the doctors who work in these centers.



---

---

2

# FINANCIACIÓN

---

## **FINANCIACIÓN**

Este proyecto fue premiado por el Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) como la mejor comunicación científica en las XIV Jornadas Científicas de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba el 28 de marzo de 2014. Dicho premio contó con una cuantía de 400 euros.

El trabajo obtuvo, además, una de las becas SAMFyC «Isabel Fernández» de ayuda a la realización de tesis doctorales en la convocatoria 2014, dotada con una cuantía de 3.000 euros.

Asimismo, obtuvo una de las becas semFYC «Isabel Fernández» para la realización de tesis doctorales en materia de medicina de familia y comunitaria en la convocatoria 2014, dotada con una cuantía de 3.000 euros.

---

---

3

# INTRODUCCIÓN

---

## **INTRODUCCIÓN**

### **3.1.- HISTORIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.**

Los orígenes de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se remontan a 1.981 cuando los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) -Centros para el Control y Prevención de Enfermedades- de Estados Unidos reportaron 5 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* ocurridos en 3 hospitales diferentes de Los Ángeles entre octubre de 1980 y mayo de 1981, todos en pacientes homosexuales que también contaban con infecciones por citomegalovirus (CMV) y candidiasis oral<sup>1,2</sup>. Las pruebas demostraron, además, un número disminuido de linfocitos CD4. A partir de aquí surgieron otros casos similares en ciudadanos haitianos residentes en Estados Unidos, usuarios de drogas por vía parenteral y receptores de transfusiones sanguíneas. La concomitancia de estas enfermedades, así como las similitudes entre los diferentes casos, llevó a pensar en la aparición de una nueva enfermedad que se describiría en 1.982 como *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)-.

Teniendo en cuenta los grupos de individuos en los que se describió la enfermedad y sus prácticas o situaciones, se llegó a la conclusión de que se trataba de una enfermedad infecciosa que se contagiaba mediante la transmisión de ciertos fluidos corporales como el semen o la sangre.

En 1983 se consiguió aislar el virus causante de la infección en el Instituto Pasteur, originando un artículo que se publicaría en la revista *Science*<sup>3</sup> y que valdría a sus autores, Luc Montaigner y Françoise Barré-Sinoussi, el premio nobel de medicina en 2008<sup>4</sup>.

Desde sus inicios, el VIH se propagó exponencialmente entre homosexuales en los países desarrollados por la falta de uso del preservativo, considerado hasta entonces un método anticonceptivo, mientras que en África la mayor vía de contacto fue la vía heterosexual<sup>5,6</sup>.

Fue el descubrimiento de un nuevo virus en África en 1986<sup>7</sup>, morfológicamente similar al ya conocido VIH, que en este momento pasaría a llamarse VIH-1, el que daría la pista para sospechar que la infección provenía de dicho continente, ya que el nuevo virus se postulaba como anterior al primero y a la epidemia generada en Estados Unidos. Este nuevo virus se llamaría VIH-2<sup>8,9</sup>. Pronto se publicaron estudios que relacionaban el VIH-2 con el

---

virus de la inmunodeficiencia en simios (VIS)<sup>10-12</sup>, lo que llevarían a pensar en este último como precursor de los virus que afectan a humanos, que habría sido transmitido por cruce de especies<sup>13</sup>, ya que, *a posteriori*, incluso el VIH-1 fue relacionado directamente con el SIV<sup>14-16</sup>. La teoría más aceptada es que ambos virus (VIH-1 y VIH-2) dieron el salto a la raza humana teniendo la caza de monos y el consumo de su carne como escenario, adaptándose el VIS al nuevo huésped y surgiendo, por tanto, los virus que afectan a los humanos<sup>17,18</sup>.

Así pues, y considerando África como el lugar de origen de la nueva enfermedad, se presentó en 1998, en la 5ª Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas de Chicago, los resultados de un estudio que situaba el primer caso conocido de infección por el VIH en Kinshasa, República Democrática del Congo, datado en 1959<sup>19</sup>. A este caso se llegó a través de una muestra de plasma conservada de un paciente africano. En el año 1986 se consiguieron identificar anticuerpos contra el VIH en dicha muestra, y posteriormente, usando la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se detectaron fragmentos del genoma del VIH-1.

También fue decisivo en la expansión de la infección el paso intermedio de Haití. En los años 60, numerosos profesionales haitianos que habían estado trabajando en la República Democrática del Congo, muchos de ellos afincados en Kinshasa, retornaron a su país, trayendo consigo la enfermedad que rápidamente se diseminaría y daría, posteriormente, el salto a los Estados Unidos de América<sup>20-22</sup>.

No obstante, podemos decir que la pandemia que actualmente nos afecta comenzó a extenderse en 1981, como anteriormente se ha expuesto. A partir de entonces la infección se diseminó en la sociedad exponencialmente, afectando en principio a ciertos grupos sociales debido a sus orígenes afroamericanos, o bien a las prácticas de riesgo que compartían. Así pues, surgió coloquialmente el concepto del «4-H Club» como grupos de riesgo para contraer la infección por el VIH, haciendo referencia a Homosexuales, Heroinómanos, Haitianos y personas que reciben Hemoderivados por transfusión, como por ejemplo los hemofílicos<sup>23,24</sup>. De esta manera comenzaron los estigmas de esta enfermedad y la discriminación hacia estos sectores de la sociedad que, en muchos casos, se perpetúan hasta la actualidad, provocando rechazo a los mismos y dificultando la concienciación entre los individuos no pertenecientes a estos grupos. El concepto de grupos de riesgo ha sido un lastre en la historia de esta infección, no sólo a nivel general, sino también en el ámbito sanitario, ya que hoy día dicho concepto sigue siendo la base de numerosos programas de cribado y planes de salud.

### 3.2.- FISIOPATOLOGÍA DE LA INFECCIÓN.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, y concretamente del género lentivirus<sup>25</sup>, caracterizado por un largo periodo de incubación. Su genoma está basado en ácido ribonucleico (ARN) monocatenario del cual se obtiene ácido desoxirribonucleico (ADN) mediante transcripción inversa, que se inserta en el genoma del hospedador para su replicación (figura 1).

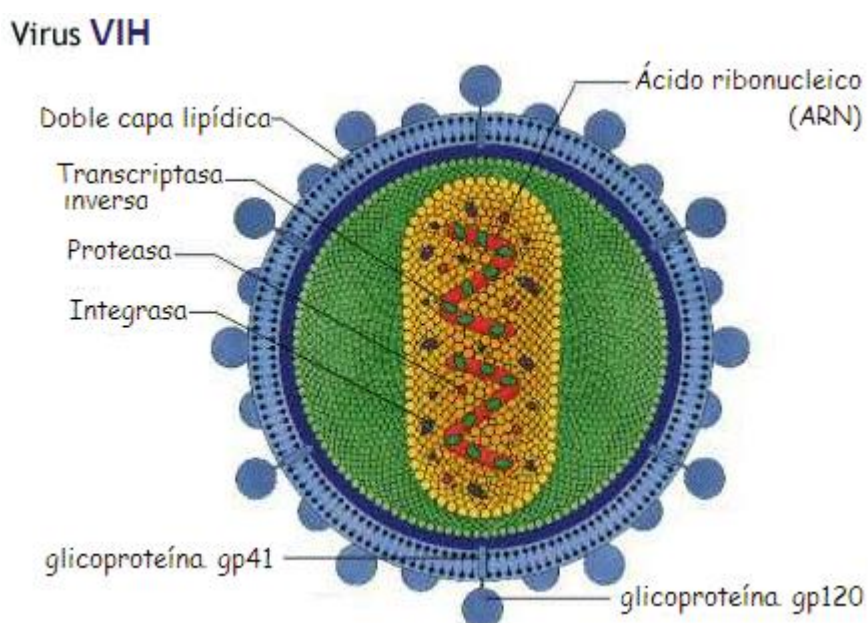


Figura 1. Estructura del VIH<sup>26</sup>. Imagen obtenida de [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es).

Los mecanismos de transmisión del mismo son bien conocidos en nuestros días y pueden ser agrupados en las siguientes vías:

- **Vía sexual:** por el traspaso de fluidos con material viral que entran en contacto con las membranas mucosas como las que recubren el ano o la vagina.
- **Vía sanguínea:** al compartir agujas u otros materiales de drogas inyectables, por contacto directo de heridas o lesiones abiertas, o bien al recibir transfusiones de hemoderivados que no han sido correctamente analizados según los controles específicos. Este último supuesto está prácticamente erradicado en los países desarrollados aunque al inicio de la epidemia fue muy importante en nuestro país y sigue actualmente siéndolo en algunos países



---

como Rusia, donde, en el año 2015, la transmisión entre personas que se inyectan drogas supuso el 54% de los nuevos diagnósticos<sup>27,28</sup>.

- **Transmisión vertical:** de madre a hijo, ya sea de manera intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna. Este riesgo puede reducirse con un adecuado tratamiento antirretroviral que asegure una disminución de la carga viral<sup>29,30</sup>.

Tras su entrada en el nuevo huésped podemos diferenciar dos fases en la evolución de esta infección (gráfico 1):

- **Infección aguda:** en un primer lugar, y tras pocas semanas desde la exposición al virus, se experimenta una fase aguda o primoinfección, en la que el VIH se multiplica y distribuye por el organismo. En este momento, el virus actúa debilitando el sistema inmune, atacando a las células T CD4, macrófagos y células dendríticas. A partir de aquí se pueden experimentar síntomas semejantes a una infección vírica, como la gripe o la mononucleosis infecciosa, caracterizada por fiebre y dolores musculares y articulares, así como manifestaciones gastrointestinales. Al tratarse de síntomas inespecíficos, esta fase suele pasar desapercibida y rara vez nos lleva a solicitar pruebas complementarias. La carga viral es en este periodo muy elevada. No obstante, la respuesta inmune, con la consecuente producción de anticuerpos, puede tardar entre 8 y 12 semanas, por lo que la prueba del VIH de la que disponemos en atención primaria, que detecta anticuerpos, es inefectiva en esta etapa, clásicamente denominada periodo ventana.
- **Fase crónica:** a la primoinfección sucede un periodo de evolución lenta en la que, si bien el VIH sigue replicándose y atacando al sistema inmune del individuo, las manifestaciones clínicas son mínimas o inexistentes. Esta fase asintomática puede durar varios años, lo que, una vez más, dificulta y retrasa el diagnóstico al no existir síntomas que nos alerten para solicitar la prueba. Finalmente el sistema inmune se debilita y comienzan a aparecer infecciones o comorbilidades que pueden conducir a la muerte. En el final del periodo debemos hacer distinción entre infección por el VIH y SIDA. La diferencia entre estos conceptos se desarrollará en el siguiente apartado.

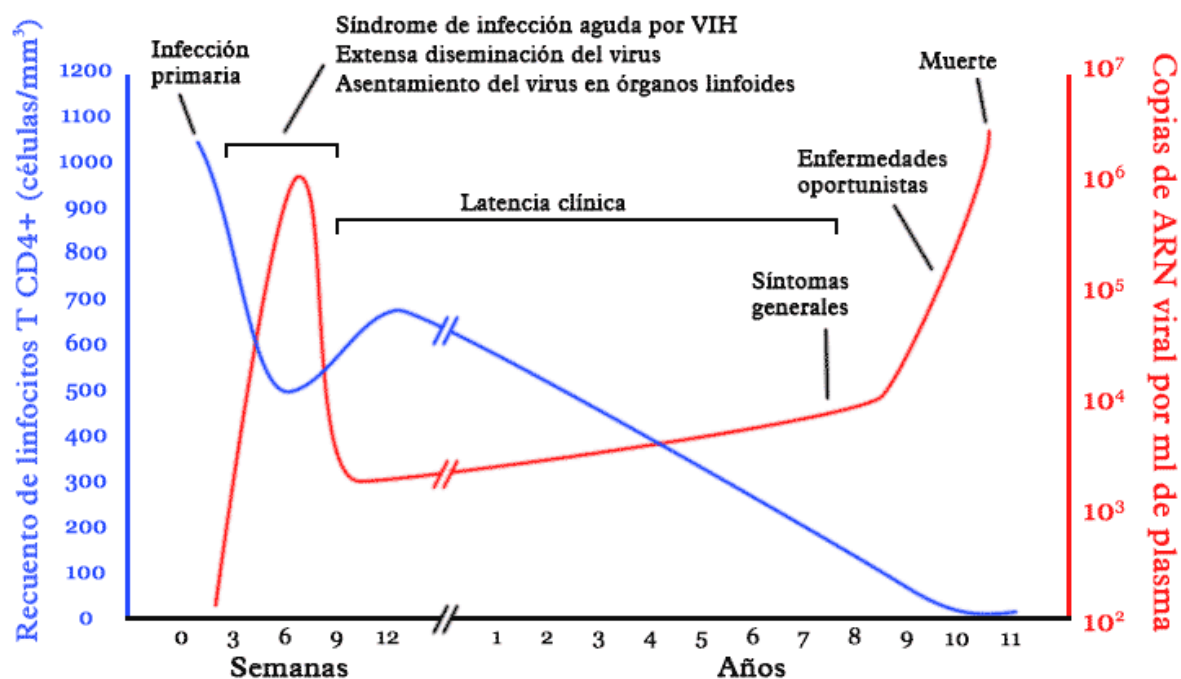


Gráfico 1. Evolución de la infección por el VIH en cuanto a recuento de linfocitos T CD4+ y copias de ARN viral<sup>31</sup>.

El proceso total desde el contagio hasta la muerte, y sin recibir tratamiento, suele durar alrededor de 10 años, aunque existe una gran variabilidad individual. Afortunadamente, existen en la actualidad tratamientos muy efectivos que pueden retrasar la evolución de la enfermedad durante numerosos años. Estos tratamientos se basan en la utilización de fármacos antirretrovirales (ARV)<sup>32</sup> y la combinación de los mismos, lo que se conoce como la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), que combina 3 fármacos de 2 familias diferentes dentro del abanico disponible. A pesar de esto, sigue existiendo controversia acerca del momento de comenzar el tratamiento en base al estadio de la enfermedad, el nivel de CD4+ o las infecciones concomitantes<sup>33,35</sup>.

### 3.3.- MORBILIDADES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN. DEFINICIÓN DE SIDA.

La primera definición de caso de SIDA fue publicada por los CDC en 1982<sup>36,37</sup>. Esta definición fue modificada en 1986 cuando se incluyó el recuento de células CD4+ como parte del sistema de clasificación<sup>38</sup>, y posteriormente en 1993, cuando se publicaron los

criterios definitivos que persisten hasta día de hoy, con ligeras modificaciones respecto a la anterior versión de 1986<sup>39</sup>.

El sistema está basado en el recuento de linfocitos T CD4+ divididos en 3 rangos, y 3 categorías clínicas, lo que origina una matriz de 9 categorías o estadios. En esta última versión se permite usar, no sólo el recuento total de linfocitos T CD4+, sino también el valor de los mismos como porcentaje. La matriz queda, por lo tanto, como se muestra en la siguiente tabla (tabla 1).

**Tabla 1.** *Clasificación de los estadios de la infección por el VIH.*

Linfocitos T CD4+	Categoría A	Categoría B	Categoría C
≥ 500 (≥29%)	A1	B1	C1
200-499 (14-28%)	A2	B2	C2
<200 (<14%)	A3	B3	C3

Las categorías clínicas son las siguientes:

- **Categoría A:** consiste en una o más de las siguientes condiciones. Además no pueden haber ocurrido las condiciones de las categorías B y C.
  - Infección por el VIH asintomática.
  - Linfadenopatías persistentes generalizadas.
  - Infección aguda por el VIH.
- **Categoría B:** engloba a aquellos pacientes que presenten alguna de las condiciones enumeradas en este apartado, siempre que no presenten condiciones de la categoría C. Además, debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios: que la condición sea atribuida a la infección por el VIH o sea indicativa de un defecto de la respuesta inmunitaria, o bien que su curso clínico o tratamiento se vea complicado como consecuencia de la infección del VIH. Las enfermedades incluidas en esta categoría son las siguientes:
  - Angiomatosis bacilar.
  - Candidiasis orofaríngea.

- 
- Candidiasis vulvovaginal que sea persistente, recidivante o resistente al tratamiento.
  - Displasia de cérvix uterino (moderada o severa) o carcinoma cervical *in situ*.
  - Síntomas constitucionales como fiebre o diarrea de más de un mes de duración.
  - Leucoplasia oral vellosa.
  - Herpes zóster que incluya más de un episodio o afecte a más de un dermatoma.
  - Púrpura trombocitopénica idiopática.
  - Listeriosis.
  - Enfermedad pélvica inflamatoria, particularmente si hay complicación con absceso tubo-ovárico.
  - Neuropatía periférica.
- **Categoría C:** se incluyen las condiciones clínicas listadas en la definición de caso de SIDA y son las siguientes:
    - Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar.
    - Candidiasis esofagal.
    - Cáncer de cérvix invasivo.
    - Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar.
    - Criptococosis extrapulmonar.
    - Criptosporidiosis crónica intestinal de más de un mes de duración.
    - Encefalopatía por VIH.
    - Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
    - Infección por citomegalovirus diseminada.
    - Infección por el complejo *Mycobacterium avium* o *M. kansasii*, diseminada o extrapulmonar.
    - Infección por herpes simple con úlceras crónicas (de más de un mes de duración), bronquitis, neumonitis o esofagitis.
    - Infección por micobacterias atípicas, diseminada o extrapulmonar.
    - Isosporiasis intestinal crónica (de más de un mes de duración).
    - Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
    - Linfoma cerebral primario.

- 
- Linfoma de Burkitt
  - Linfoma inmunoblástico.
  - Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
  - Neumonía recurrente.
  - Retinitis por citomegalovirus con pérdida de visión.
  - Sarcoma de Kaposi.
  - Septicemia por *Salmonella* recurrente.
  - Síndrome de fatiga por VIH.
  - Toxoplasmosis cerebral.
  - Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.

La progresión entre las categorías es unidireccional por motivos de clasificación, es decir, una persona de la categoría A que pasa a la categoría B por presentar una candidiasis orofaríngea, permanecerá en la categoría B incluso tras haber sido curada de dicha infección oportunista.

Se definen como casos de SIDA las personas que se encuentren en las subcategorías A3, B3, C1, C2 y C3.

### 3.4.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL.

Desde el año 2003 se realiza una vigilancia epidemiológica en las diferentes comunidades autónomas de España, reportando resultados sobre los nuevos casos de VIH y SIDA, así como la tendencia que siguen estos valores a lo largo de los años. La cobertura alcanza el 100% de la población desde el año 2013. La infección por el VIH y el SIDA están incluidas desde 2015 en el listado de enfermedades de declaración obligatoria de España<sup>40</sup>.

Para este fin, conviene aclarar dos conceptos de extrema importancia para el análisis de los datos obtenidos:

- **Diagnóstico tardío:** se considera diagnóstico tardío cuando en la primera determinación de linfocitos T CD4+ tras el diagnóstico el paciente presenta una cifra inferior a 350 células/μl. Se usa esta cifra ya que es el límite a partir del cual se recomienda comenzar a tratar la infección farmacológicamente<sup>41-44</sup>.

- **Enfermedad avanzada:** se considera enfermedad avanzada cuando, en la primera determinación de linfocitos T CD4+ tras el diagnóstico, el paciente presenta una cifra inferior a 200 células/ $\mu$ l ya que, como se ha descrito en el apartado anterior, esta situación es definitoria de SIDA<sup>45</sup>.

Los últimos datos del Ministerio de Sanidad fueron publicados el 30 de junio de 2016 y hacen referencia a los nuevos diagnósticos de VIH y casos de SIDA del año 2015<sup>46</sup>.

Dicho año se notificaron un total de 3.428 nuevos casos de VIH, lo que representó una tasa de 9,44 casos por 100.000 habitantes. El 85,9% de los nuevos diagnosticados fueron hombres, y la mediana de edad fue de 36 años. La tasa por edad más alta se produjo en el grupo de edad de 25 a 29 años.

La transmisión más frecuente se produjo en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con un 53,6%, seguida de la transmisión heterosexual que supuso un 25,4%. La transmisión entre personas que se inyectan drogas (PID) fue del 2,8% (gráfico 2). Sumando los dos primeros grupos obtenemos que la vía sexual supuso el 79% de los nuevos diagnósticos. Si atendemos a la tendencia de los últimos años, se observa un incremento de diagnósticos entre los HSH, y una disminución entre heterosexuales y PID.

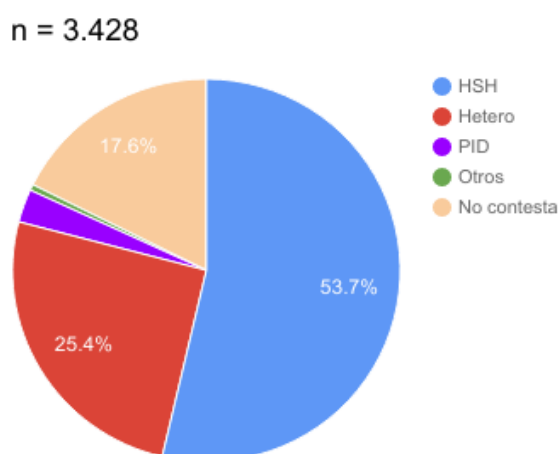


Gráfico 2. Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por modo de transmisión. España. 2015. Datos obtenidos del Ministerio de Sanidad.

De los nuevos diagnósticos, se registraron datos de las cifras de CD4 en el momento del diagnóstico en 2.963 casos. De ellos, el 46,5% presentó un diagnóstico tardío y el 27,1% enfermedad avanzada (gráfico 3). Los porcentajes de diagnósticos tardíos son mayores entre los heterosexuales y PID, y también aumentan con la edad pasando de un 31% en el grupo de 15 a 19 años, hasta un 66% en los mayores de 49 años.

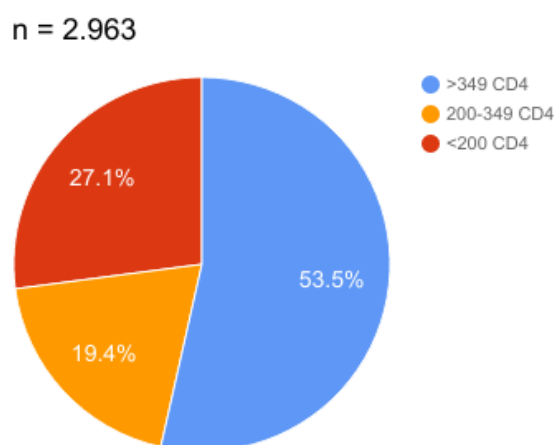


Gráfico 3. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío España, 2015. Datos obtenidos del Ministerio de Sanidad.

Actualmente en España viven entre 130.000 y 160.000 personas infectadas por el VIH, lo que supone una prevalencia aproximada del 0,3%. En informes anteriores se estimó una fracción infradiagnosticada del 30%, es decir, entre 39.000 y 48.000 personas que tienen el VIH pero desconocen su estado serológico<sup>47</sup>. Estos datos sitúan a nuestro país entre las tasas más altas de Europa<sup>48,49</sup>. Son, por lo tanto, pacientes que no se benefician del TARGA, y cuya probabilidad de desarrollar SIDA aumenta considerablemente respecto a los pacientes diagnosticados y tratados tempranamente. Es también sabido que el coste del tratamiento se encarece entre los pacientes con diagnóstico tardío<sup>50-52</sup>. Además se estima que el 54% de las nuevas transmisiones del VIH se deben a ese 30% que padecen la infección sin saberlo<sup>53,54</sup>. Según ha confirmado un metaanálisis realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de transmisión de una persona en tratamiento es aproximadamente 0,5 por 100 personas-año, comparado con el 5,6 por 100 personas-año de aquellos que no tratados, es decir, que cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con

antirretrovirales, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. Por este motivo, conocer el estado serológico y tomar medidas de protección y un correcto tratamiento a tiempo que disminuya la carga viral podría influir muy positivamente en el control de la epidemia<sup>55-57</sup>.

En cuanto a los últimos informes sobre el SIDA, en 2015 se notificaron 595 casos en España, lo que supone una tasa de 1,8 por 100.000 habitantes. El 80,7% de los diagnosticados eran hombres y la mediana de edad fue de 43 años. El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales asciende al 34,4%, los HSH suman el 33,2% y los PID suponen el 13,7%.

Atendiendo a las enfermedades definitorias de SIDA, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* es la más frecuente (27%), seguida de la tuberculosis de cualquier localización (21,4%) y de la candidiasis esofágica (13,2%).

El número de casos de SIDA experimenta un descenso progresivo desde el año 1996, cuando se generalizó el TARGA. A pesar de esto la tasa española es superior a la media de la Unión Europea y de los países de Europa Occidental. Durante el periodo 2009-2015 el diagnóstico tardío en España no ha disminuido ni globalmente ni según el modo de transmisión (gráfico 4).

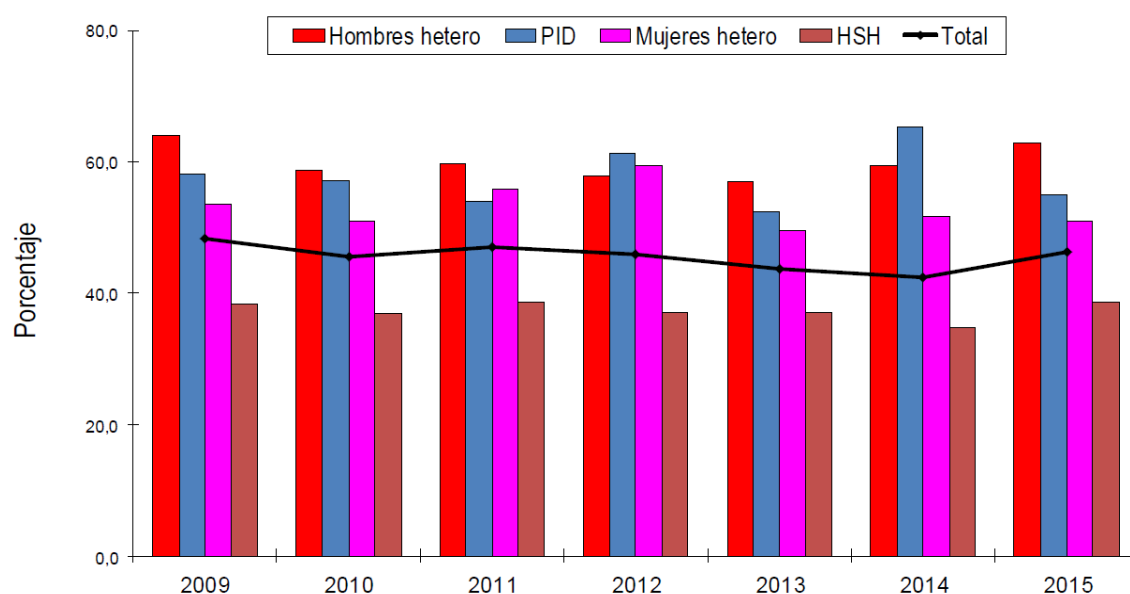


Gráfico 4. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío (<350 CD4) por año de diagnóstico y modo de transmisión. España, 2009-2015. Datos no corregidos por retraso en la notificación<sup>46</sup>.



---

### 3.5.- PREVENCIÓN SECUNDARIA. TIPOS DE CRIBADO.

Si bien la prevención primaria del VIH, es decir, la disminución del contagio promoviendo prácticas seguras, es la mayor prioridad hoy día para evitar la progresión de la epidemia, es la prevención secundaria la que nos mueve a realizar este trabajo dados los alarmantes datos de infección oculta que existe aún en nuestros días.

A estos efectos conviene diferenciar los distintos tipos de cribado que existen en la actualidad. Éstos pueden clasificarse de diferentes maneras atendiendo a la fase de la enfermedad que queremos detectar (cribado precoz o tardío), al número de fases que supone el despistaje (cribado monofásico o multifásico), al número de enfermedades que busquemos diagnosticar (cribado simple o múltiple) o en base al tipo de población que vayamos a cribar. Esta última clasificación es la que nos interesa para nuestro estudio y la que pasamos a describir.

- **Cribado universal, sistemático o indiscriminado:** consiste en la realización del despistaje a todos los individuos de una población, sin condición alguna. Este método sería aceptable para enfermedades altamente prevalentes o que pueden suponer graves consecuencias para la salud, y que pueden diagnosticarse de forma coste-efectiva con técnicas no costosas o exámenes físicos.
- **Cribado dirigido o selectivo:** se realiza únicamente sobre una determinada parte de la población, en la que sabemos que existe una mayor probabilidad de padecer la enfermedad que buscamos, bien por la pertenencia a un grupo de riesgo o por la presencia de síntomas o signos que nos alertan sobre la posible existencia de dicha enfermedad. Debe existir, además, una clara definición de la población diana a cribar. Como ejemplo podríamos nombrar el solicitar la prueba del VIH a los pacientes que acuden a consulta por otras infecciones de transmisión sexual.
- **Cribado oportunista:** consiste en una actividad no sistemática que se suele realizar aprovechando una consulta por otro motivo, es decir, el paciente acude a consulta por una enfermedad diferente a la que queremos cribar. Como ejemplo, que además motiva este trabajo, citaremos la inclusión de la prueba del VIH en un paciente al que se le iba a solicitar una analítica para control de hipertensión arterial.

---

### 3.6.- CRITERIOS PARA RECOMENDAR UNA PRUEBA DE CRIBADO.

Los criterios para orientar las decisiones sobre los programas de cribado están recogidos en múltiples textos, con gran concordancia entre ellos. La mayor parte de estos citan los criterios descritos por Wilson y Jungner en 1968<sup>58</sup> y publicados en un informe de la OMS. Dichos criterios básicos se enumeran a continuación:

- La condición a cribar debe ser un problema de salud importante a nivel individual o colectivo.
- Debe existir un tratamiento adecuado para los pacientes que se diagnostiquen.
- Debe existir accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Debe realizarse en enfermedades que sean detectables en estado latente o con pocos síntomas.
- Debe existir un test adecuado para el diagnóstico.
- El test o prueba de cribado debe ser aceptada por la población.
- La historia natural de la enfermedad o condición debe ser suficientemente conocida.
- Debe existir un consenso sobre a quién tratar como paciente.
- El coste de diagnosticar un caso debe estar económicamente compensado en relación al posible gasto médico de los cuidados totales que requerirá.
- El diagnóstico de casos debe ser un proceso continuado y no un proyecto puntual.

Como podemos observar, entre estos requisitos se encuentran el de la aceptabilidad por parte de la población diana y de los profesionales de salud implicados (población sanitaria), y el de la factibilidad de poner en práctica el programa o la actividad de cribado. Dicho cribado cobra especial interés cuanto mayor sea la magnitud del problema de salud que se quiere estudiar.

También se deben tener en cuenta la validez del método de cribado, entendiendo como tal la capacidad para discernir aquellos que tienen la patología o condición a estudiar de los que no la tienen, y la fiabilidad del mismo, que hace referencia a la capacidad del test de obtener los mismos resultados en distintas mediciones.

En términos de sensibilidad, o capacidad de la prueba para detectar la enfermedad en sujetos enfermos, y especificidad, o capacidad para identificar como negativos los casos

---

realmente sanos, es ideal que el cribado sea lo más sensible y específico posible. No obstante, en el caso de problemas de salud graves, y sobre todo a nivel de pandemias, es deseable sobre todo una alta sensibilidad para perder el menor número de sujetos enfermos posible, incluso aunque suponga un número relativamente alto de cribados falsos positivos.

Aunque las evidencias sobre estos otros factores a tener muy en cuenta, como son la magnitud del problema de salud a cribar, la validez y fiabilidad del método, o la eficacia, efectividad y eficiencia de la intervención, suelen estar respaldados por estudios previos, con poca frecuencia se analiza la aceptabilidad y factibilidad de las intervenciones preventivas.

La implantación de un programa de cribado supone una importante inversión y la intervención en un numeroso grupo de personas para detectar un relativamente pequeño número de casos. Por eso debe existir una evaluación completa del programa. La prueba debe ser aceptable para la población diana, teniendo en cuenta la diversidad social y cultural, y las peculiaridades de grupos desfavorecidos. Se deben considerar y prever los aspectos que pueden influir en la aceptabilidad de la prueba, tanto por la población cribada como por el personal sanitario. Esto puede incluir cuestiones relativas a la facilidad de uso, las molestias que ocasiona o el pudor, y también a los riesgos reales y percibidos. Para que el programa de cribado alcance sus objetivos y resulte coste-efectivo es esencial que tenga una aceptación elevada entre la población diana, de manera que asegure una adecuada participación. Para evaluar esta aceptación se debe haber realizado previamente algún estudio como el de esta tesis, con el fin de averiguar la opinión de los actores de ésta acción. Los costes de un programa de cribado se deben considerar en su conjunto, y no analizar únicamente la eficacia y eficiencia de la prueba inicial. Además, habrá que hacer una valoración del impacto del programa en el sistema de salud. En primer lugar, habrá que evaluar cómo se está realizando hasta ese momento la prevención y control del problema de salud en cuestión; en segundo lugar habrá que valorar cómo se va a integrar el cribado en esa realidad y qué repercusiones (demanda, uso de recursos, listas de espera, etc.) tendrá sobre el sistema en su conjunto. Hay que tener en cuenta que los recursos que consuma el programa no podrán ser destinados a otras acciones de salud (coste-oportunidad)<sup>59</sup>.

---

### **3.7.- RECOMENDACIONES DE LAS INSTITUCIONES Y ORGANISMOS INTERNACIONALES Y NACIONALES.**

En 2006 los CDC publicaron un documento con sus recomendaciones para el cribado del VIH para adultos y adolescentes<sup>60</sup>. En él recomiendan el cribado de forma rutinaria en todos los ámbitos sanitarios para todos los pacientes de entre 13 y 64 años. Según esta guía de actuación, los sanitarios deben iniciar el cribado en aquellas poblaciones con una fracción no diagnosticada de VIH mayor al 0,1%. En el caso de ausencia de datos de prevalencia, se recomienda un cribado voluntario por parte de los profesionales hasta que se demuestre una tasa de diagnósticos inferior a 1 de cada 1.000 individuos cribados, tras haber cribado un mínimo de 4.000 personas, en cuyo punto el programa de cribado deja de estar justificado. También se recomienda realizar el test a todos los pacientes a los que se inicie un tratamiento contra la tuberculosis, y a todos aquellos que busquen tratamiento contra infecciones de transmisión sexual (ITS).

Además, se hace hincapié en que el cribado tiene ser voluntario para el paciente, que debe dar su consentimiento tras recibir información oral y/o escrita que incluya una explicación sobre la infección del VIH y el significado de un resultado positivo o negativo, teniendo el paciente la opción de realizar preguntas y declinar la realización del test. La decisión del paciente de aceptar o rechazar el test debe estar recogida en su historial clínico. Esta estrategia de cribado es la llamada *opt-out*, o búsqueda oportunista, en la que no se requiere asesoramiento preventivo previo al primer cribado ni interrogar al paciente para clasificarlo en un grupo de riesgo, reduciendo así las posibles barreras que pueden existir en el cribado de esta infección.

En cuanto a la frecuencia con la que se debería realizar el cribado a un mismo paciente según los CDC, se recomienda un test anual en todos aquellos pacientes con alto riesgo de contraer la infección. Es por lo tanto a partir de la segunda determinación cuando se comenzaría a incluir al paciente en un determinado grupo de riesgo o no. Se consideran como tales a los PID y sus parejas sexuales, a las personas que intercambian sexo por dinero o drogas, a las parejas sexuales de personas infectadas por el VIH, y a los HSH o heterosexuales que han tenido más de una pareja sexual desde la última determinación del VIH, o cuyas parejas han tenido otras parejas sexuales.

En el caso de pacientes fuera de estos grupos de riesgo, la frecuencia con la que se debe realizar el test se deja a criterio del médico.

En 2013 se publicaron las últimas recomendaciones del US Preventive Services Task Force de los Estados Unidos (USPSTF) para el cribado del VIH en adultos y adolescentes<sup>61</sup>, en principio muy similares a las de los CDC. En este documento se clasifica el grado de recomendación en A, B, C o D, dando sugerencias en cuanto a la práctica dependiendo de dicho grado (tabla 2).

**Tabla 2.** Grados de evidencia y recomendaciones del USPSTF.

Grado	Definición	Sugerencias
<b>A</b>	Alta recomendación. Existe gran evidencia de que el beneficio es sustancial.	Ofrecer esta medida.
<b>B</b>	Recomendable. Gran evidencia de que el beneficio es moderado, o moderada evidencia de que el beneficio es entre moderado y sustancial.	Ofrecer esta medida.
<b>C</b>	Ni recomendable ni desaconsejable. Al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general.	Oferta selectiva, en base al juicio del profesional y las preferencias del paciente.
<b>D</b>	Desaconsejable. Al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios.	Desaconsejable el uso de esta medida.
<b>I</b>	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado	Si la medida se ofrece, el paciente debe entender los riesgos y beneficios.

En base a lo anterior, el USPSTF recomienda con un grado A la realización del cribado del VIH en adolescentes y adultos de entre 15 y 65 años, así como en adolescentes más jóvenes o adultos mayores con alto riesgo de contraer la infección, y todas las mujeres embarazadas. También obtuvo un grado A de recomendación el realizar el test a mujeres durante el parto si no se había realizado anteriormente en el embarazo.

Señala como personas de alto riesgo a los HSH, los PID y aquellos que solicitan pruebas de detección para otras ITS. Las situaciones de riesgo son el sexo vaginal o anal sin protección, el sexo con personas infectadas por el VIH, bisexuales o PID, y el intercambio de sexo por drogas o dinero. No obstante, el USPSTF recuerda al profesional que determinados pacientes pueden negar ciertos factores de riesgo incluso aunque se les pregunte

---

directamente. Además reconoce que, a pesar de estos grupos y situaciones de riesgo, los individuos pueden no estar al tanto de los factores de riesgo de sus parejas sexuales, y hay personas que solicitan la determinación del VIH en ausencia de factores de riesgo.

En cuanto a la frecuencia con la que se debe realizar el cribado a un mismo individuo admite que no existe suficiente evidencia que determine un intervalo óptimo para este fin. Recomienda, al igual que los CDC, el realizar al menos una determinación a todos los individuos para identificar aquellos que tienen la infección, y posteriormente repetir el cribado anualmente en aquellos con alto riesgo de contraer la infección (grupos y situaciones de riesgo anteriormente detallados). No considera necesario volver a realizar el test a individuos fuera de dichos grupos o situaciones de riesgo que cuentan con una determinación del VIH negativa, salvo en mujeres embarazadas, donde el cribado se realizará en cada embarazo sin excepción.

También se recomienda encarecidamente el cribado de parejas sexuales de individuos con VIH, así como aquellos con los que comparten jeringuillas en el caso de los PID.

Como efectos adversos del cribado señala la ansiedad, la depresión, el estigma social, los cambios en las relaciones con las parejas sexuales y la discriminación, efectos que, a nuestro entender, parecen más relacionados con la comunicación de un resultado positivo más que con el cribado en sí. No obstante se puntualiza que hay evidencia de que los efectos adversos son mínimos en relación a los beneficios del diagnóstico y tratamiento precoz.

El USPSTF señala la necesidad de más estudios sobre los efectos de las diferentes estrategias de búsqueda del VIH y la aceptabilidad de las mismas, así como la falta de información que nos ayude a cuantificar el incremento del beneficio o perjuicio que supondría el repetir el cribado, además del intervalo de tiempo óptimo para dicha acción en cada población.

Las recomendaciones de los CDC y del USPSTF vienen avaladas por el Colegio de Médicos de Familia Americano, la Sociedad de Enfermedades Infecciosas Americanas, que recomienda la rutina de cribado del VIH para todos los adultos sexualmente activos, y el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos que apoya la estrategia de búsqueda *opt-out* para todas las mujeres entre 19 y 64 años, y para las que están fuera de dicho rango de edad si tienen factores de riesgo<sup>62</sup>. También se suma a estas recomendaciones la Academia Americana de Pediatría, que recomienda ofertar la prueba al menos una vez a todos los adolescentes de entre 16 y 18 años que vivan en comunidades con una prevalencia de VIH

---

mayor del 0,1%, así como a aquellos sexualmente activos que vivan en poblaciones de baja prevalencia<sup>63</sup>.

Por su parte, la OMS se suma a la recomendación de que las pruebas de detección han de ser voluntarias, ya que la realización de pruebas obligatorias o bajo coacción, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un miembro de la familia, sería inaceptable, pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos<sup>64</sup>. Alerta de la necesidad de iniciar el tratamiento precozmente y hacerlo más accesible de forma mundial, para lo cual es necesario incrementar el diagnóstico del VIH<sup>65</sup>. Además, ha señalado recientemente el autoanálisis como nueva medida de cribado para aumentar el diagnóstico y eliminar las barreras sociales y culturales que supone el buscar ayuda sanitaria para este fin, al poder realizarse e interpretarse de forma privada<sup>66</sup>.

A nivel europeo, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) estableció en 2010 similares principios para la realización de la prueba del VIH<sup>67</sup>:

- La prueba debe ser voluntaria y confidencial, contando con, al menos, el consentimiento verbal de la persona a la que se le realiza.
- Debe ser accesible para toda la población sin coste alguno.
- Se ha de ofrecer, como mínimo, información pre-prueba, y consejo post-prueba para aquellos con resultado positivo.
- Se debe garantizar la derivación de las personas diagnosticadas con VIH a los servicios y tratamientos que precisen.

En la Guía nacional para el diagnóstico de VIH de Gran Bretaña, publicada en 2008, se recomienda, con un grado de evidencia C, la realización del test a todos los pacientes de entre 15 y 59 años que acuden por primera vez a su centro de atención primaria cuando la prevalencia de VIH en la población es superior al 0,2%, lo que, en teoría, se corresponde con un porcentaje de infradiagnóstico del 0,1%<sup>68</sup>.

En España, el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016 incluye entre sus objetivos intensificar, ampliar y diversificar el diagnóstico precoz, facilitar el test voluntario y el asesoramiento, y fomentar la sensibilización de los profesionales sanitarios sobre el riesgo de exposición a las ITS y la necesidad de ofrecer más extensamente la prueba diagnóstica del VIH<sup>69</sup>. Para este efecto se ha elaborado por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad una

---

guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario<sup>70</sup>. Dicha guía hace distinción entre oferta rutinaria de la prueba, oferta dirigida y realización obligatoria, como se describe a continuación:

- **Oferta rutinaria:** a todas las embarazadas, a todas las personas internas en centros penitenciarios, y a la población general siempre que cumplan estas 3 condiciones:
  - Tener entre 20 y 59 años y ser sexualmente activas.
  - Que se les haya indicado una extracción de sangre por cualquier motivo.
  - Que residan en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos de VIH sean superior al percentil 75 para este grupo de edad.
- **Oferta dirigida:** a todas las personas que requieran descartar una infección por VIH, entendiendo como tales:
  - Personas que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo.
  - Parejas sexuales de personas con VIH.
  - PID y sus parejas sexuales.
  - HSH y sus parejas sexuales.
  - Personas que ejercen la prostitución, sus parejas sexuales y sus clientes.
  - Heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo en los últimos 12 meses.
  - Personas que dejan de usar el preservativo con sus parejas estables.
  - Personas que han sufrido una agresión sexual.
  - Personas procedentes de países de alta prevalencia (>1%) y sus parejas sexuales.
- **Realización obligatoria:** en donaciones de sangre, trasplante, injerto o implantación de órganos, así como donantes y usuarios de técnicas de reproducción asistida.

Por otra parte, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) resulta más conservador en cuanto a sus indicaciones para realizar un cribado para el VIH<sup>71</sup>, ya que no incluye la oferta de la prueba de forma rutinaria, sino dirigida a una determinada población diana que debe cumplir alguna de las siguientes condiciones:



- 
- Mujeres embarazadas o que desean tener un hijo.
  - Personas con signos o síntomas indicativos de infección por VIH o enfermedad característica de SIDA.
  - Personas que han compartido material para inyectarse drogas.
  - Personas afectadas por otras ITS.
  - Contactos sexuales de personas infectadas por el VIH.
  - Personas con múltiples contactos sexuales y sus parejas.
  - Personas que han tenido relaciones sexuales sin protección en países con alta prevalencia de infección.
  - Personas con tuberculosis u otra infección que pudiera sugerir inmunosupresión.

En resumen, si bien existe una alta preocupación por la epidemia del VIH y especial interés en el diagnóstico precoz de dicha infección a nivel mundial, no existe un claro consenso en la forma de cribado que habría que llevar a cabo.

### **3.8.- ESTUDIOS REALIZADOS HASTA LA FECHA. ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DEL CRIBADO DEL VIH.**

En 1999 los CDC publicaron un documento en el que constataban que la realización de la prueba del VIH de forma rutinaria con la estrategia *opt-out* en los centros de atención primaria resultaba coste-efectiva en poblaciones con una prevalencia de infección oculta de al menos 0,1%<sup>72</sup>. Desde entonces se han llevado a cabo numerosos estudios en todo el mundo sobre esta estrategia de búsqueda.

Un estudio llevado a cabo en Francia en 2010 mostró que la oferta rutinaria del test era aceptada por el 79% de la población y aumentaba la supervivencia en comparación con la práctica habitual basada en factores de riesgo<sup>73</sup>. Un trabajo similar realizado en Portugal en 2013 con personas de entre 18 y 69 años, mostró, con un 63% de aceptación del test, que este tipo de cribado era coste-efectivo cuando se realiza en entornos urbanos<sup>74</sup>.

En Barcelona se llevó a cabo un estudio que comparaba la búsqueda dirigida y la oportunista. En dicho trabajo se encontró un 0,3% de prevalencia de VIH en el grupo de

búsqueda oportunista (infección oculta)<sup>75</sup>. Si bien se concluyó que la búsqueda dirigida era más factible y barata, lo cual es lógico ya que es esperable encontrar una mayor prevalencia de personas infectadas entre aquellas que acuden por situaciones de riesgo, el haber encontrado una prevalencia del 0,3% en el grupo de oferta oportunista indica coste-efectividad según las recomendaciones de los CDC. Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado en Madrid donde la prevalencia de VIH oculto realizando la búsqueda oportunista fue del 0,35%<sup>76</sup>.

Al margen de los resultados de aceptación del test en los estudios de Francia y Portugal, diferentes trabajos en nuestro país muestran una aceptación general por encima del 90%<sup>77-79</sup>, aunque poco se sabe de la aceptación por parte de los profesionales de la salud, que son parte importante a la hora de establecer nuevas estrategias de búsqueda. Es manifiesta la dificultad que los médicos tienen a la hora de abordar la historia sexual o de hábitos tóxicos con sus pacientes. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en 2010 mostró los resultados del gráfico 5 respecto al porcentaje de médicos que preguntan los ítems registrados<sup>80</sup>.

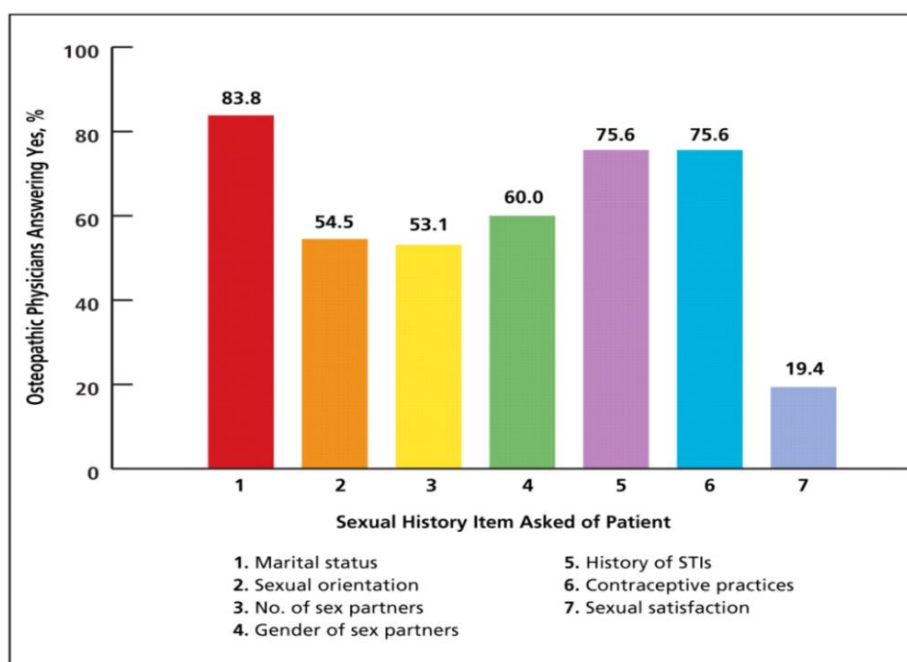


Gráfico 5. Eje X: Ítems de la historia sexual preguntados a los pacientes. 1. Estado marital; 2. Orientación sexual; 3. Número de parejas sexuales; 4. Género de las parejas sexuales; 5. Historia de ITS; 6. Prácticas contraceptivas; 7. Satisfacción sexual. Eje Y: Porcentaje de médicos que incluyen el ítem en la historia.

---

Otros estudios arrojan resultados similares, con cifras del 58% de médicos que reportaban dificultades para abordar este tema en consulta en un estudio realizado en Madrid en 2009<sup>81</sup>, o la falta de cumplimentación de los apartados de orientación sexual (69,8%), uso de preservativo (66,9%) y consumo de drogas (38,6%) en un estudio sobre la solicitud dirigida del VIH publicado en 2015<sup>82</sup>.

Concluimos pues que el realizar una anamnesis de hábitos sexuales o tóxicos, requisito indispensable para una búsqueda dirigida, supone un impedimento a la hora de implementar el diagnóstico del VIH. A su vez, como bien señala el USPSTF, se necesitan más estudios sobre los efectos de las diferentes estrategias de búsqueda del VIH y la aceptabilidad de las mismas.

### **3.9.- IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS. JUSTIFICACIÓN. ¿POR QUÉ ESTE ESTUDIO?**

Este estudio nace por la necesidad de facilitar e implementar el diagnóstico de VIH desde atención primaria. Éste es el entorno ideal para la realización de un cribaje de salud por su abordaje integral biopsicosocial y por ser el nivel de atención más accesible, ya que más del 80% de la población acude al menos una vez al año a su centro de salud<sup>83</sup>. Sin embargo, y a pesar de las alarmantes cifras de VIH oculto en nuestro país, aún existen numerosas barreras que impiden un correcto funcionamiento de los programas que a día de hoy están en marcha.

A nivel individual encontramos como barrera una baja percepción de riesgo en nuestros días. Tras el exponencial crecimiento de la epidemia en los años 80 y 90<sup>84,85</sup>, y la posterior aparición de tratamientos efectivos que alargan la esperanza de vida, convirtiendo la infección prácticamente en una enfermedad crónica, la población general tiene una sensación de seguridad frente a este virus que lleva a no tomar medidas de precaución frente al contagio, pero también a la falta de interés por hacerse la prueba. En otros casos la barrera al diagnóstico viene definida por el miedo al estigma y la discriminación ante un resultado positivo<sup>86,87</sup>.

A nivel institucional, el Ministerio de Sanidad destaca en su Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016<sup>69</sup> la falta de políticas claras de fomento de la prueba y de programas de prevención

---

de ITS, así como la necesidad de fondos y recursos humanos que permitan llevar a cabo un adecuado cribaje.

En cuanto a las barreras atribuibles al personal sanitario encontramos la dificultad para abordar cuestiones relativas a los hábitos sexuales de los pacientes y ciertas carencias en cuanto al conocimiento del desarrollo de la enfermedad desde su fase asintomática<sup>81,86,88</sup>.

La búsqueda oportunista se presenta como una alternativa que supera la mayoría de estas barreras. La normalización de la prueba como parte de la rutina diaria elimina el estigma que supone esta infección aún en nuestros días. Evita, además, tener que ahondar en los hábitos de la esfera íntima de las personas, salvando la barrera que esto supone para el personal sanitario y también para los propios pacientes, que en ocasiones se ven forzados a reconocer prácticas socialmente reprobadas por la sociedad o tendencias sexuales que no deberían suponer ninguna discriminación.

Es evidente que la búsqueda dirigida basada en prácticas de riesgo es coste-efectiva, ya que buscamos la infección donde sabemos que hay más probabilidad de que exista. No obstante, el indagar en los hábitos sexuales de las personas puede hacer que en algunos casos los pacientes nieguen la realización de ciertas prácticas o tendencias por miedo al rechazo o al estigma, haciendo inefectivo este tipo de búsqueda y perpetuando el infradiagnóstico del VIH. Ésta puede ser una de las grandes causas del retraso diagnóstico de la infección, por lo que otros métodos de cribado parecen necesarios.

Como hemos señalado en el apartado de recomendaciones de las distintas instituciones, algunas de ellas basan sus cribados (bien el primer cribado o bien la periodicidad con que ha de realizarse el mismo) en grupos de riesgo, formados en base a tendencias sexuales o prácticas privadas. El concepto de «grupos de riesgo» parece obsoleto en nuestros días, dado el gran abanico de prácticas o inclinaciones sexuales ante las que nos encontramos. Pensar, además, que todos los individuos dentro de un grupo se comportarán de la misma manera parece, cuanto menos, discriminatorio. Sería más correcto, a la hora de un cribado dirigido, hablar de «situaciones o prácticas de riesgo» que son independientes de la inclinación sexual de la persona. No obstante, sería el cribado oportunista el que salvaría también esta posible discriminación al no atender a la vida íntima de los individuos, y el que podría ayudar a reducir la fracción no diagnosticada del VIH en la sociedad.

En cuanto al coste de este tipo de búsqueda podríamos decir que es mínimo si pensamos que la prueba se incluiría en una analítica que ya se iba a solicitar por otro motivo, es decir, los gastos de laboratorio y personal ya estaban justificados por otra causa, por lo que

---

el único coste adicional es el de la prueba en sí que, si bien puede variar entre laboratorios, no suele superar los 7 euros. Aun así, y en aras de minimizar gastos, cabe plantearse la utilización de la prueba de detección rápida del VIH, cada vez más accesible, sencilla y fiable.

El USPSTF señala que existe evidencia suficiente de que la identificación y el tratamiento del VIH conlleva una reducción del riesgo de desarrollo de SIDA y de las enfermedades relacionadas, así como una reducción de la mortalidad. Reducción que es mayor aun cuando el diagnóstico se realiza en la fase asintomática de la infección<sup>61</sup>. Estudios observacionales de esta misma institución demuestran que el conocimiento propio de un individuo de ser seropositivo hace que reduzca sus comportamientos de riesgo, contribuyendo por tanto a frenar la transmisión de la misma. Además, recomienda la realización de más estudios que analicen los diferentes efectos de varias estrategias de cribado del VIH.

Sin embargo, y en base a los criterios de Wilson y Jungner<sup>58</sup>, para poder poner en marcha un cribado, éste debe ser aceptado por la población a estudio y por los profesionales que lo llevarán a cabo. Es por eso que este estudio se centra en la aceptabilidad y factibilidad de la oferta oportunista de la prueba del VIH en atención primaria por parte de la población que acude a los centros de salud y de los médicos, y no los resultados de coste-efectividad de la misma, algo que podría ser analizado en posteriores estudios siempre que la técnica de cribado sea previamente aceptada por parte de los actores que intervienen en la misma.

Por último cabe recordar que las estrategias de incremento de la realización de la prueba no son excluyentes sino sumatorias, por lo que los diferentes métodos de cribado podrían llevarse a cabo simultáneamente en pro de reducir el infradiagnóstico y el diagnóstico tardío de la infección por el VIH.

---

---

4

HIPÓTESIS

---

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

El planteamiento inicial de la tesis se basó en los siguientes argumentos:

- Dados los actuales datos sobre la prevalencia de VIH oculto de España, y la alta tasa de diagnósticos tardíos, cabe imaginar un alto potencial de mejora en nuestra rutina diaria.
- El estigma que recae en la infección por el VIH desde sus inicios constituye una barrera entre el paciente y el médico que dificulta su diagnóstico.
- Es manifiesta la necesidad de nuevas estrategias de búsqueda que aumenten el diagnóstico desde atención primaria, y que podrían complementar las ya existentes.

En base a dichos argumentos planteamos las siguientes hipótesis:

- La búsqueda oportunista del VIH en atención primaria, sin necesidad de una anamnesis de prácticas de riesgo y aprovechando la inclusión de la prueba en una analítica que se iba a solicitar por otro motivo, podría ser un método de búsqueda aceptado por pacientes y profesionales que eliminaría gran parte de las barreras hoy existentes para este diagnóstico.
- La realización de este tipo de cribado en atención primaria podría ser factible desde el punto de vista de los profesionales que llevarían a cabo dicha búsqueda, teniendo en cuenta las características especiales que el ámbito de la atención primaria ofrece.



---

---

5

# OBJETIVOS

---

## **OBJETIVOS A ALCANZAR**

### **5.1.- OBJETIVO PRINCIPAL.**

- Determinar la aceptabilidad, por parte de la población, del cribado oportunista del VIH como práctica rutinaria en los centros de atención primaria de España.
- Determinar la aceptabilidad de la búsqueda oportunista del VIH por parte de los médicos de atención primaria así como la factibilidad de la ejecución de este tipo de cribado.

### **5.2.- OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

- Determinar de qué factores depende la aceptación, por parte de la población, de la oferta rutinaria de la prueba del VIH.
- Determinar de qué factores dependen dicha aceptabilidad y factibilidad percibida por los profesionales.
- Determinar qué factores relativos a los médicos están relacionados con la aceptación de la prueba por parte de los pacientes.

---

---

6

DISEÑO

---

## **DISEÑO**

### **6.1.- DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.**

Este estudio busca cuantificar la aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista del VIH en los centros de atención primaria de España. Se trata de un estudio observacional descriptivo que consta de dos bloques con dos poblaciones de estudio diferentes: el primero, relativo a pacientes, y el segundo, relativo a los médicos investigadores que reclutaron dichos pacientes.

Para este fin, y con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), se difundió este estudio vía *e-mail* entre todos sus miembros, solicitando su participación como investigadores. De igual forma se hizo con los médicos colaboradores de estudios previos que constaban en la base de datos de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UDFMyC) de Córdoba. Algunos de estos médicos dieron difusión al estudio en sus propios centros de salud, por lo que finalmente conseguimos reclutar algunos investigadores más de forma indirecta por esta tercera vía.

El ámbito de estudio fueron las consultas de atención primaria de los investigadores de este trabajo, y el ámbito poblacional los pacientes atendidos en dichos centros. El ámbito geográfico fue España, ya que este estudio se llevó a cabo en todo el territorio nacional. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2013 y marzo de 2014.

El desarrollo del estudio fue el siguiente:

- A todos los médicos que respondieron interesándose por participar en el estudio se les asignó un código de investigador, como también se hizo con cada uno de sus centros de salud.
- Posteriormente se les envió un sobre con el material detallado a continuación:
  - Un manual de procedimientos (anexo I).
  - Un documento con los códigos asignados al investigador y al centro de salud (anexo II).
  - Un documento de compromiso del investigador (anexo III).
  - 25 formularios de consentimiento informado para los pacientes reclutados (anexo IV).

- 
- Un documento para la identificación de pacientes (anexo V).
    - 25 cuadernos de recogida de datos de pacientes (anexo VI).
    - Un cuaderno de recogida de datos del investigador (anexo VII).
  - Se llevó a cabo el reclutamiento de pacientes según los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo anteriormente indicado, rellenando un cuaderno de recogida de datos por paciente, además de solicitarles el consentimiento informado.
  - Una vez terminado el reclutamiento de pacientes, los investigadores rellenaron el cuaderno de recogida de datos del médico.
  - Por último nos enviaron de vuelta todos los documentos cumplimentados y se procedió al análisis de datos.

## **6.2.- ESTUDIO DE LOS PACIENTES.**

El trabajo de campo se llevó a cabo entre noviembre de 2013 y marzo de 2014. Para realizar una búsqueda oportunista se habría de ofrecer participar en el estudio a todos aquellos pacientes que acudiesen a consulta y a los que hubiese que solicitar una analítica sanguínea por algún motivo ajeno a la sospecha de VIH, siempre que cumpliesen los criterios de inclusión y exclusión. De esta forma, el añadir la serología del VIH en caso de que el paciente lo aceptase, supondría un coste adicional mínimo.

Los **criterios de inclusión** en el estudio fueron:

- Tener entre 18 y 65 años.
- No haberse realizado anteriormente ninguna determinación del VIH.
- Dar el consentimiento informado para participar en el estudio.

Los **criterios de exclusión** fueron los siguientes:

- Estar fuera del rango de edad anteriormente indicado.
- Tener alguna determinación de VIH previa.
- Padecer algún deterioro físico o psíquico que impida dar su consentimiento para participar en el estudio.

- 
- Pacientes embarazadas, dado que la rutina del embarazo incluye la determinación de VIH.

El estudio se desarrolló en una única visita por paciente en la que, tras comprobar la idoneidad del paciente y aceptar éste participar, se le pedía firmar el consentimiento informado. Se asignó un código a cada participante para la posterior explotación de datos estadísticos.

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos con todos los datos y variables analizados en este estudio, que fueron las siguientes:

- Códigos de identificación del médico, centro de salud y paciente (cuantitativas discretas).
- Datos sociodemográficos y conductas del paciente:
  - Año de nacimiento (cuantitativa discreta).
  - Sexo (cualitativa nominal dicotómica, hombre/mujer).
  - Hábito tabáquico (cualitativa nominal dicotómica, sí/no).
  - Hábito alcohólico (cualitativa nominal dicotómica, sí/no), considerando bebedor de riesgo a aquellos que tienen un consumo semanal de alcohol >28 unidades en hombres y >17 unidades en mujeres.
  - Relación de pareja estable (cualitativa nominal dicotómica, sí/no).
  - Nivel de instrucción (cualitativa ordinal). Esta variable se dividió en:
    - Sin estudios.
    - Sabe leer y escribir.
    - Estudios primarios.
    - Estudios secundarios.
    - Estudios universitarios.
  - Motivo principal por el que se realiza la analítica (cualitativa nominal). Las opciones posibles fueron:
    - Control de enfermedad crónica.
    - Diagnóstico de enfermedad aguda.
    - A petición del paciente.
    - Otros.



- 
- Tamaño poblacional. Aunque no se incluyó directamente como dato en el cuaderno, gracias al código de identificación del centro pudimos hallar el tamaño poblacional de la localidad donde residía el paciente. Así, codificamos este dato en las siguientes opciones:
    - Menos de 10.000 habitantes.
    - Entre 10.000 y 50.000 habitantes.
    - Entre 50.001 y 100.000 habitantes.
    - Más de 100.000 habitantes.
  - Variables relativas a la prueba del VIH.
    - Aceptabilidad de añadir la serología del VIH a la analítica (cualitativa nominal dicotómica, sí/no).
    - Motivo principal en caso de rechazar la prueba (cualitativa nominal). Se registraron las siguientes posibilidades:
      - Preocupación por un posible resultado positivo.
      - Preocupación por que la familia del paciente supiese de la prueba.
      - El paciente no considera que esté en riesgo.
      - El paciente piensa realizarse la prueba en otro centro.
      - Preocupación por la no confidencialidad de los datos.
      - Temor por las agujas o la sangre.
      - Otros.
    - En caso de aceptar la prueba, motivo por el que no se la ha realizado anteriormente (cualitativa nominal). Se registraron las siguientes posibles situaciones:
      - Tenía preocupación por un posible resultado positivo.
      - Tenía preocupación por que la familia supiese de la prueba.
      - El paciente no consideraba que estuviese en riesgo o que la prueba fuese aconsejable.
      - El médico o enfermera nunca se lo había propuesto.
      - El paciente no sabía dónde acudir para hacerse la prueba.
      - Le preocupaba que los datos no fuesen confidenciales.
      - Sentía temor por las agujas o la sangre.
      - Otros.

- 
- Resultado de la serología (cualitativa nominal dicotómica, positivo/negativo). En caso de aceptar realizarse la prueba del VIH se guardaría el cuaderno de recogida de datos para anotar el resultado antes de poder archivarlo como terminado. En caso de resultado positivo se incluiría al paciente en el protocolo de actuación de cada comunidad autónoma.

### **6.3.- ESTUDIO DE LOS PROFESIONALES.**

Se reclutaron investigadores interesados en participar en este trabajo según los procedimientos indicados en el punto 6.1. Se habilitó una cuenta de correo electrónico además de varios números de teléfono para favorecer la comunicación con los directores del proyecto.

Se envió el material necesario para la recogida de datos a todos los médicos que respondieron a nuestra petición y, finalmente, se incluyeron en el estudio todos aquellos que nos devolvieron los cuestionarios correctamente cumplimentados. Se pidió reclutar, dentro de lo posible, 25 pacientes por médico, para así poder tener un tamaño muestral representativo de la sociedad española.

Tras realizar el reclutamiento de pacientes, deberían los médicos rellenar un cuestionario sobre ellos mismos, incluyendo datos sociodemográficos y laborales que pudieran influir en la decisión de los pacientes de aceptar o no la prueba del VIH, además de la opinión personal sobre este trabajo en lo relativo a la viabilidad de la búsqueda oportunista de esta infección en atención primaria. Algunos investigadores enviaron todos los formularios relativos a los pacientes, pero no el formulario del médico, o no correctamente cumplimentado. Éstos fueron incluidos como investigadores en el estudio, explotando así los datos de sus pacientes para la parte correspondiente del estudio, pero no pudieron ser utilizados para el análisis del profesional.

---

El cuaderno de recogida de datos del profesional contó con las siguientes variables:

- Códigos de identificación del médico y centro de salud (cuantitativas discretas).
- Año de nacimiento (cuantitativa discreta).
- Sexo (cualitativa nominal dicotómica, hombre/mujer).
- Calidad de docente (cualitativa nominal dicotómica, sí/no), entendiendo como tal el ser tutor de residentes o estudiantes o impartir alguna materia universitaria.
- Años dedicados a la investigación (cuantitativa discreta).
- Tiempo trabajando con el mismo cupo de pacientes (cuantitativa discreta). Este dato fue codificado en meses para su análisis dado el amplio rango de posibilidades.
- Cómo conoció este estudio (cualitativa nominal). Las opciones posibles fueron:
  - SemFYC, a través del correo electrónico que se envió a todos los socios.
  - A través de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Se contactó con aquellos médicos que habían participado en algún estudio anterior con esta unidad docente.
  - Contacto directo. Entendiendo como tal el haber conocido el estudio a través de los propios directores del trabajo.
  - Otros. En este apartado se incluyeron aquellos médicos que conocieron el estudio a través de otros compañeros.
- ¿Considera aceptable la búsqueda oportunista de VIH en atención primaria? (cualitativa nominal dicotómica, sí/no). En este punto se entendió como aceptable el hecho de que atención primaria sea un entorno adecuado para profesionales y pacientes para realizar la búsqueda oportunista del VIH aprovechando la petición de una analítica sanguínea que se fuera a realizar para cualquier otro fin. Se incluyó además un cuadro de escritura libre donde el investigador podría razonar su respuesta si así lo quisiera.
- ¿Considera factible la búsqueda oportunista de VIH en atención primaria? (cualitativa nominal dicotómica, sí/no). Se entendió como factible el que este método pueda llevarse a cabo teniendo en cuenta las circunstancias y los

---

medios de que se disponen en dicho ámbito (tiempo por paciente, objetivos del centro, relación médico-paciente, etc). Se incluyó un cuadro de escritura libre donde el investigador podría razonar su respuesta.

- **Tamaño poblacional.** Aunque no se incluyó directamente la variable del tamaño poblacional de la localidad donde desarrolla su actividad profesional en el cuestionario del médico, ésta pudo analizarse también gracias al código de investigación del centro y la inclusión de este dato en los cuestionarios de los pacientes reclutados por cada investigador. Esta variable, al igual que en el análisis de datos de los pacientes, se codificó con las siguientes opciones:
  - Menos de 10.000 habitantes.
  - Entre 10.000 y 50.000 habitantes.
  - Entre 50.001 y 100.000 habitantes.
  - Más de 100.000 habitantes.

#### **6.4.- CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.**

**Garantía de participación voluntaria.** A todos los implicados en el estudio, tanto pacientes como médicos, se les ofreció la posibilidad de participación voluntaria en el mismo, así como la posibilidad de abandonarlo libremente cuando lo desearan.

**Consentimiento informado.** Todos los pacientes reclutados e incluidos en el estudio rellenaron correctamente el formulario de consentimiento informado. Así mismo los pacientes tuvieron la oportunidad de solicitar aclaraciones o consultar sus dudas con el médico antes de firmar dicho documento. Por su parte los médicos dieron su conformidad en el documento de compromiso del investigador para analizar sus datos en este trabajo. Se facilitó un número de teléfono y una dirección de correo electrónico con el equipo de dirección del proyecto para posibles dudas y sugerencias.

**Comité ético de la investigación.** Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba (anexo VIII), de la Comisión Central de Investigación de Madrid (anexo IX), y del Programa de Actividades Preventivas y de

---

Promoción de la Salud (PAPPS) y ha sido avalado y financiado por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) y por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

---

---

7

# METODOLOGÍA

---

## **METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Con ayuda del programa estadístico Epidat 3.1, y calculado para una proporción esperada de aceptabilidad de la prueba del VIH del 50% (máxima indeterminación), con un error alfa del 5% (95% de seguridad) y una precisión del  $\pm 2\%$ , se estimó un tamaño muestral necesario de 2.400 pacientes, reclutados por 100 médicos. Teniendo en cuenta las posibles pérdidas, se solicitó a los investigadores que reclutasen 25 pacientes por médico en la medida de lo posible.

Depuración de los datos:

- El material se envió a 310 médicos que nos respondieron interesados en participar en el estudio. De éstos, 208 nos enviaron el material de vuelta, y son los que finalmente incluimos como investigadores. El resto son considerados pérdidas y no se tuvieron en cuenta para el análisis de datos.
- Estos 208 médicos devolvieron 3.398 cuestionarios de pacientes, de los cuales se desestimaron 84 por estar mal cumplimentados o no ser válidos por otros motivos (la mayoría por ser pacientes fuera del rango de edad especificado dentro de los criterios de inclusión), por lo que el tamaño muestral final fue de 3.314 pacientes.
- La variable «resultado del test» no fue aplicable para los individuos que no aceptaron realizarse la prueba del VIH.
  - En algunos de los cuestionarios de los pacientes que sí aceptaron realizarse la prueba, no se registró el resultado de la misma. Dado que la aceptabilidad de la prueba, que fue la principal variable a estudiar según la idea originaria de este trabajo, es independiente del resultado final de la serología, estos individuos fueron utilizados para el análisis de la primera variable, pero se consideraron pérdidas para la segunda, es decir, que la prevalencia de resultados positivos de VIH se analizó sobre el total de pacientes que aceptaron la prueba y cuyo resultado fue registrado en el cuaderno de recogida de datos.
  - Si bien en el estudio fueron incluidos los 208 médicos que reclutaron pacientes, sólo 197 participaron en la segunda parte del trabajo, el análisis de



---

las variables del investigador, ya que los demás no adjuntaron en el envío el cuestionario correspondiente y fueron considerados pérdidas.

Los datos de los pacientes fueron recogidos mediante entrevista personal por cada médico en los cuadernos correspondientes. Los datos de los médicos fueron obtenidos mediante la encuesta que cumplimentaron tras finalizar el reclutamiento de pacientes.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete informático SPSS v. 17.0. En el caso del análisis de datos de los pacientes, se utilizaron parámetros descriptivos, obteniendo medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión (desviación estándar) y posición (límites de la distribución) para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Seguidamente se realizó un análisis inferencial con cálculo de los intervalos de confianza para el 95% de seguridad (IC 95%) y aplicación de test de contraste de hipótesis ( $p \leq 0,05$ , contrastes bilaterales) para comprobar qué variables independientes se hallaban asociadas a la aceptabilidad de la prueba, para lo cual se utilizaron el test de la Ji-cuadrado o test exacto de Fisher, y la prueba de Kruskal-Wallis, tras verificar con el test de Kolmogorov-Smirnov que la variable no seguía una distribución normal. Finalmente, se hizo un análisis de regresión logística múltiple, en donde la variable dependiente fue la aceptabilidad de la prueba del VIH por parte de los pacientes, y en el que se incluyeron como variables independientes las sociodemográficas, el consumo de sustancias tóxicas y el motivo de la analítica. Las variables categóricas fueron tratadas como variables *dummy*. La bondad de ajuste del modelo se comprobó mediante el test de Hosmer-Lemeshow.

En el caso del análisis de datos relativo a los profesionales se procedió de igual manera para las variables descriptivas y, posteriormente, para comprobar qué variables independientes del médico se hallaban asociadas con la aceptabilidad de la prueba por parte de los pacientes, se aplicó el test de la Ji-cuadrado o test exacto de Fisher, el test de Mann-Whitney, la prueba de Kruskal-Wallis, y el coeficiente de correlación de Spearman, tras verificar con el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov que las variables cuantitativas contempladas no seguían una distribución normal. Seguidamente se realizó un análisis multivariante, mediante regresión logística múltiple, para determinar de qué factores dependían la aceptabilidad y factibilidad del cribado por parte de los médicos, creando una variable producto de ambas. Para ello, y siguiendo el método *enter* del programa SPSS, se elaboró un modelo de regresión logística múltiple. Las variables cualitativas ordinales fueron

---

tratadas como variables *dummy*. Se usó una vez más la prueba de Hosmer-Lemeshow para comprobar la bondad de ajuste del modelo de regresión. A continuación se contrastaron los datos descriptivos de nuestros participantes con el perfil medio de los médicos de nuestro país. Por último se realizó un nuevo análisis bivalente para comprobar si la variable de aceptabilidad por parte de los pacientes mostraba relación con alguna variable de las relativas al médico.

---

---

8

# RESULTADOS

---

## **RESULTADOS**

### **8.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES.**

Se recibieron un total de 3.398 cuestionarios de pacientes de los cuales se consideraron válidos para el estudio 3.314 (97,5%), siendo los restantes no válidos por cuestiones varias como encontrarse fuera del rango de edad requerido o estar el cuaderno de recogida de datos mal cumplimentado.

La media de edad fue de 43,8 años (IC 95%: 43,4-44,3; DE: 13,0). Se encontró una ligera prevalencia de mujeres, con un 54,9%, frente al 45,1% que supuso el sexo masculino. El 66,5% eran no fumadores y el 78,8% se declararon no bebedores. El 76,2% afirmó tener una relación de pareja estable. En cuanto al nivel de instrucción, el 1% de los pacientes no tenían ninguna clase de estudios, el 4,7% sabía leer y escribir, el 34,1% contaba con estudios primarios, el 39,4% con estudios secundarios y un 20,8% tenía estudios universitarios.

El motivo más frecuente para solicitar la analítica fue el control de una enfermedad crónica, que supuso el 41,2% de los encuestados. Las enfermedades agudas motivaron la analítica en el 29,0% de los casos. El 18,2% se solicitaron a petición del paciente, y un 11,5% fueron realizadas por otros motivos.

Tras codificar el tamaño de la localidad en la que residían los pacientes, encontramos que el 18,4% vivían en poblaciones de menos de 10.000 habitantes y el 20,0% lo hacía en poblaciones de entre 10.000 y 50.000 habitantes. Tan sólo un 9,0% residía en poblaciones de entre 50.001 y 100.000 habitantes, mientras que la mayoría de los encuestados, un 52,5%, vivían en poblaciones de más de 100.000 habitantes. Estos datos pueden verse resumidos en la tabla 3.

**Tabla 3.** Variables sociodemográficas de los pacientes (n=3.314).

VARIABLE	CATEGORÍA	n	%
<b>Sexo</b>	Hombre	1.493	45,1
	Mujer	1.821	54,9
<b>Tabaco</b>	Sí	1.111	33,5
	No	2.203	66,5
<b>Alcohol</b>	Sí	701	21,2
	No	2.613	78,8
<b>Pareja estable</b>	Sí	2.526	76,2
	No	788	23,8
<b>Nivel de instrucción</b>	Sin estudios	32	1,0
	Sabe leer y escribir	156	4,7
	Estudios primarios	1.129	34,1
	Estudios secundarios	1.307	39,4
	Estudios universitarios	690	20,8
<b>Motivo de analítica</b>	Enfermedad crónica	1.367	41,2
	Enfermedad aguda	962	29,0
	Petición del paciente	603	18,2
	Otros motivos	382	11,5
<b>Tamaño poblacional (habitantes)</b>	< 10.000	611	18,4
	10.000 - 50.000	664	20,0
	50.001 - 100.000	298	9,0
	> 100.000	1.741	52,5

## 8.2.- ACEPTABILIDAD DE LA PRUEBA DEL VIH.

La variable más importante de este estudio es la aceptabilidad por parte de los pacientes de incluir la prueba del VIH en la analítica que se va a solicitar. Entre nuestros pacientes se halló una aceptabilidad del 93,1% (IC 95%: 92,2-93,9), es decir, 3.086 pacientes que respondieron afirmativamente a esta oferta. Tan sólo 228 pacientes rechazaron realizarse la prueba, lo que supuso un 6,9%.

Dado que a los pacientes incluidos en este estudio nunca antes se les había solicitado la serología del VIH, a los 3.086 que por primera vez aceptaron incluir esta prueba se les preguntó el motivo por el que nunca antes se la habían realizado. Más de la mitad de los pacientes (56,9%) afirmó no considerarse en riesgo para esta infección, y un 34,8% señaló como motivo principal que su médico o enfermera nunca se lo había propuesto anteriormente. Los resultados completos de esta variable se recogen en la tabla 4.

**Tabla 4.** *Motivo por el que el paciente no se había hecho ninguna determinación de VIH previamente.*

MOTIVO	n	%
No se consideraba en riesgo	1.757	56,9
Su médico o enfermera no se lo había propuesto	1.074	34,8
Preocupación por un resultado positivo	66	2,1
No sabía dónde hacerse la prueba	47	1,6
Temor a las agujas o la sangre	23	0,7
Temor por la confidencialidad con su familia	9	0,3
Temor por la confidencialidad de sus datos en general	9	0,3
Otros	101	3,3
TOTAL	3.086	100,0

La mayoría de los restantes 228 pacientes que no aceptaron realizarse la prueba del VIH motivaron su decisión argumentando que la prueba no era necesaria puesto que no consideraban encontrarse en riesgo para esta infección (73,9%). El temor a un resultado positivo supuso la segunda causa de rechazo de la prueba con un 12,8%. El resto de motivos no alcanzaron valores llamativos. Los resultados detallados pueden verse en la tabla 5.

**Tabla 5.** *Motivo para no aceptar realizarse la serología del VIH.*

MOTIVO	n	%
<b>No considera que esté en riesgo</b>	169	73,9
<b>Temor por un posible resultado positivo</b>	29	12,8
<b>Temor a las agujas o la sangre</b>	5	2,2
<b>Temor por la confidencialidad con su familia</b>	3	1,3
<b>Temor por la confidencialidad de sus datos en general</b>	3	1,3
<b>Piensa realizarse la prueba en otro centro</b>	2	0,9
<b>Otros</b>	17	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>228</b>	<b>100,0</b>

Para realizar el análisis inferencial, se cruzó la variable de aceptación de la prueba del VIH con el resto de variables independientes. Dado que la muestra no seguía una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov < 0,001), se utilizó el test de la ji-cuadrado o test exacto de Fisher para las variables cualitativas, como se ha explicado en el apartado de metodología.

Se halló una aceptabilidad muy similar entre ambos sexos, siendo ésta del 93,0% entre los hombres y del 93,2% entre las mujeres. No se observaron diferencias significativas en el análisis de esta variable ( $p=0,456$ ), como tampoco se encontraron en la variable de hábito alcohólico ( $p=0,215$ ), ni en cualidad de tener o no pareja estable ( $p=0,523$ ).

En el caso de la edad, ésta fue codificada en intervalos para su análisis, encontrando así una máxima aceptabilidad de la prueba en el tramo de 26 a 35 años con un 95,4%, y una menor aceptación entre las edades más avanzadas. Esta variable mostró diferencias significativas (ji-cuadrado=16,536;  $p < 0,001$ ), además de una asociación lineal que señala una mayor aceptación entre la población más joven, disminuyendo ésta entre los pacientes de edad más avanzada, a pesar de lo cual siguen siendo valores muy elevados.

El mismo efecto de asociación lineal encontramos en la variable «nivel de instrucción», siguiendo ésta una correlación positiva con la aceptación de la prueba que va desde el 84,4% entre los pacientes sin estudios, hasta el 94,5% entre aquellos con estudios universitarios, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (ji-cuadrado=14,734;  $p < 0,001$ ).



También se hallaron diferencias significativas en cuanto al tamaño de la población donde residen los individuos estudiados, siendo la aceptabilidad mayor en poblaciones de más de 100.000 habitantes con un 94,6% (ji-cuadrado=8,063;  $p < 0,01$ ), y en cuanto al motivo para solicitar la analítica, siendo la aceptación menor entre aquellos pacientes a los que se les pidió como control de una enfermedad crónica, con un 91,2%, frente al 94,3% de aceptación que hubo entre los pacientes con enfermedades agudas o el 94,9% entre aquellos que solicitaron la analítica por iniciativa propia (ji-cuadrado=13,315;  $p < 0,01$ ). La asociación entre la aceptabilidad de la prueba y el consumo de tabaco también mostró diferencias estadísticamente significativas, siendo ligeramente más aceptada entre los fumadores con un 94,8% frente al 92,4% de los no fumadores (ji-cuadrado=6,780;  $p=0,009$ ).

Los detalles de las variables independientes que mostraron relación con la aceptación de la prueba del VIH en este análisis inferencial pueden observarse con más detalle en la tabla 6.

**Tabla 6.** Variables relacionadas con la aceptación de la prueba serológica de detección del VIH.

VARIABLE	CATEGORÍA	SÍ ACEPTA n (%)	NO ACEPTA n (%)
Edad (años)	18 a 25	326 (93,9)	21 (6,1)
	26 a 35	623 (95,4)	30 (4,6)
	36 a 45	674 (94,3)	41 (5,7)
	46 a 55	764 (93,7)	51 (6,3)
	56 a 65	699 (89,2)	85 (10,8)
Nivel de instrucción	Sin estudios	27 (84,4)	5 (15,6)
	Sabe leer y escribir	133 (85,3)	23 (14,7)
	E. primarios	1.045 (92,6)	84 (7,4)
	E. secundarios	1.229 (94,0)	78 (6,0)
	E. universitarios	652 (94,5)	38 (5,5)
Tamaño poblacional (habitantes)	< 10.000	564 (92,3)	47 (7,7)
	10.000-50.000	604 (91,0)	60 (9,0)
	50.001-100.000	271 (90,9)	27 (9,1)
	>100.000	1.647 (94,6)	94 (5,4)

VARIABLE	CATEGORÍA	SÍ ACEPTA n (%)	NO ACEPTA n (%)
Motivo de la analítica	Enfermedad crónica	1.247 (91,2)	120 (8,8)
<b>Ji<sup>2</sup>=13,315; p&lt;0,01</b>	Enfermedad aguda	907 (94,3)	55 (5,7)
	Petición del paciente	572 (94,9)	31 (5,1)
	Otros	360 (94,2)	22 (5,8)
Consumo de tabaco	Fumadores	1.105 (94,8)	61 (5,2)
<b>Ji<sup>2</sup>=6,780; p=0,009</b>	No fumadores	1.981 (92,4)	167 (7,6)
TOTAL		<b>3.086 (93,1)</b>	<b>228 (6,9)</b>

Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística múltiple tomando como variable dependiente la aceptabilidad de la prueba del VIH por parte de los pacientes. Las variables que mostraron estar relacionadas de forma independiente con la aceptabilidad fueron la edad, encontrando una mayor aceptabilidad en el tramo de 26 a 35 años (OR=1,79; IC 95%: 1,10-2,91), el consumo de tabaco, siendo los no fumadores los más predispuestos a aceptar la prueba (OR=1,39; IC 95%: 1,01-1,93), y el tamaño de la localidad, encontrando una menor aceptación entre los residentes de poblaciones de entre 10.000 y 50.000 habitantes (OR=0,58; IC 95%: 0,41-0,82). Estos resultados pueden apreciarse con más detalle en la tabla 7.

**Tabla 7.** Variables independientes analizadas en su relación con la aceptabilidad de la prueba del VIH mediante regresión logística múltiple.

VARIABLE	CATEGORÍA	ODDS RATIO	IC 95%
Edad (años)	18 a 25	1,43	0,82 - 2,50
	26 a 35	<b>1,79</b>	<b>1,10 - 2,91</b>
	36 a 45	<b>1,54</b>	<b>1,01 - 2,37</b>
	46 a 55	<b>1,55</b>	<b>1,06 - 2,28</b>
	56 a 65	1,00	(referencia)
Sexo	Hombre vs. mujer	1,05	0,78 - 1,40
Pareja estable	Sí vs. no	0,85	0,61 - 1,19

VARIABLE	CATEGORÍA	ODDS RATIO	IC 95%
Nivel de estudios	Sin estudios	0,86	0,27 - 2,73
	Sabe leer y escribir	1,78	0,59 - 5,29
	Estudios primarios	1,90	0,63 - 5,70
	Estudios secundarios	2,05	0,67 - 6,32
	Estudios universitarios	1,00	(referencia)
Motivo de analítica	Enf. crónica	0,88	0,53 - 1,44
	Enf. aguda	0,94	0,56 - 1,57
	Petición del paciente	1,13	0,64 - 1,99
	Otros motivos	1,00	(referencia)
Consumo de tabaco	Sí vs. no	<b>1,39</b>	<b>1,01 - 1,93</b>
Consumo de alcohol	Sí vs. no	1,11	0,76 - 1,61
Tamaño de población (habitantes)	<10.000	0,69	0,48 - 1,01
	10.000 - 50.000	<b>0,58</b>	<b>0,41 - 0,82</b>
	50.001 - 100.000	<b>0,57</b>	<b>0,36 - 0,90</b>
	>100.000	1,00	(referencia)

Para las variables policotómicas se eligió la última como referencia para contrastar con las demás. Variable dependiente: aceptabilidad de la prueba; n=3.314; Test Ómnibus=40,009;  $p < 0,001$ ; Test de Hosmer y Lemeshow=4,024;  $p=0,855$ .

### 8.3.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PROFESIONALES.

De los 208 médicos que participaron en el estudio reclutando pacientes, 197 enviaron el cuaderno de recogida de datos del profesional correctamente cumplimentado (94,7%), y son los que pasamos a analizar en este apartado.

Encontramos una alta prevalencia de mujeres con un 70,1%. La media de edad fue de 45,2 años (límites: 26-65; IC 95%: 43,8-46,6; DE 9,7). Esta variable, al igual que se hizo en el caso de los pacientes, fue recodificada como cualitativa ordinal para su mejor análisis, habiendo una mayor proporción de individuos en los tramos centrales. Estos datos serán importantes a la hora de comparar a los médicos de nuestro estudio con el perfil medio de los médicos de España que se realizará más adelante.

---

Más de la mitad (53,8%) conocieron este estudio a través del *e-mail* enviado por la semFYC, siendo la UDMFyC el segundo método más efectivo para captar participantes con un 25,9%.

El 62,4% afirmaron ser docentes y la media de años dedicados a la investigación fue de 6,0 (mediana: 2 años; límites: 0-30; IC 95%: 4,9-7,2; DE 7,9).

Respecto a las poblaciones en las que se llevó a cabo el trabajo de campo, el 55,8% de los médicos trabajaban en localidades mayores de 100.000 habitantes, el 8,6% en poblaciones de entre 50.001 y 100.000 habitantes, el 17,3% en aquellas de entre 10.000 y 50.000 habitantes y el 18,3% en las que tenían menos de 10.000 habitantes.

La media de tiempo trabajando con el mismo cupo de pacientes fue de 6,4 años (mediana: 4,9 años; límites: 1 mes-36 años; IC 95%: 5,4-7,3; DE 6,6). Cada médico logró captar una media de 16,8 pacientes para el estudio VIH-AP (moda: 24 pacientes/médico; límites: 1-28; IC 95%: 15,6-17,9; n=3314 pacientes).

Una vez descritas las características demográficas y laborales del médico de familia interesado en participar en investigaciones como ésta, centrada en el VIH, nos parece de interés compararlas con el perfil medio de los médicos de familia de nuestro país. No obstante, las únicas variables registradas en la bibliografía corresponden a la edad, el sexo y el tamaño de la población donde se ejerce la actividad asistencial, datos publicados por la Organización Médica Colegial (OMC)<sup>89</sup>. Aun así podemos hablar de una gran discrepancia, dado que en 2015 la proporción de mujeres médicos en España era del 54,2%, mientras que en este estudio el porcentaje asciende al 70,1%. Respecto a la edad por tramos, en este estudio el 15,2% de los médicos tenían entre 26 y 35 años, el 31,5% entre 36 y 45 años, el 34,5% se encontraban entre los 46 y 55 años de edad, y el 15,2% eran mayores de 56 años. Según los datos generales de médicos de España, el 4% se encuentran en el primer tramo, el 23% en el segundo, el 32% en el tercero y el 41% en el tramo de mayor edad. Se observa, por lo tanto, una mayor proporción de médicos jóvenes entre los participantes en el presente estudio. Estos resultados se comparan en el gráfico.

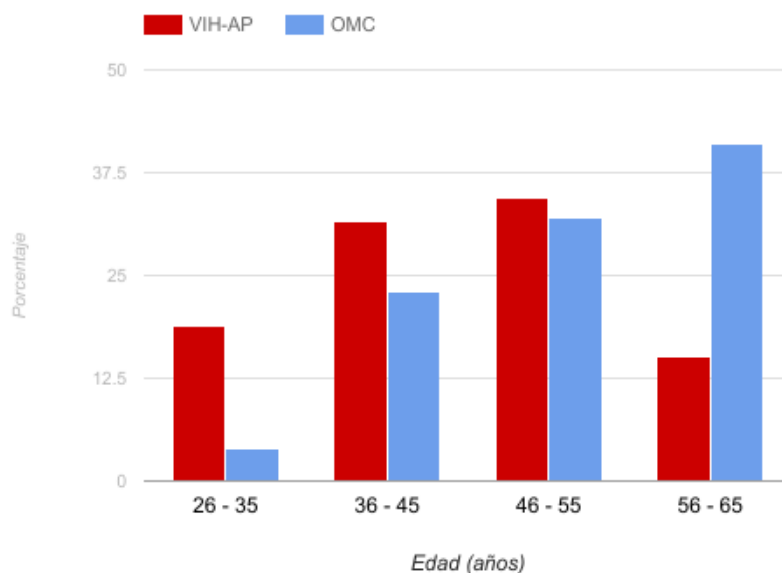


Gráfico 6. Comparación de las edades de los médicos del estudio VIH-AP y los datos disponibles de la OMC.

Respecto al tamaño de la población, aunando tramos para poder realizar comparaciones con la bibliografía reciente, encontramos que en este estudio el 64,4% de los médicos trabajan en poblaciones de más de 50.000 habitantes, mientras que en la media nacional, según los datos de la OMC, esta proporción es del 40,7%.

#### 8.4.- ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DEL VIH.

Una vez finalizado el trabajo de campo del estudio VIH-AP, el 91,9% (IC 95%: 88,1-98,7) de los médicos refirieron considerar aceptable la búsqueda oportunista de pacientes como método de detección de la infección por VIH, es decir, consideraron que atención primaria es un entorno adecuado para profesionales y pacientes para llevar a cabo este método de búsqueda, y el 89,3% (IC 95%: 85,0-93,6) lo consideró factible teniendo en cuenta las circunstancias y los medios de que se disponen en los centros de salud, marcando algunos de ellos como problema o condicionante más relevante para este fin el escaso tiempo por paciente que se tiene en consulta en la actualidad. Un 83,4% de los médicos (IC 95%:

78,9-98,6) opina que el cribado a la vez aceptable y factible. Estos resultados se recogen en el gráfico 7.

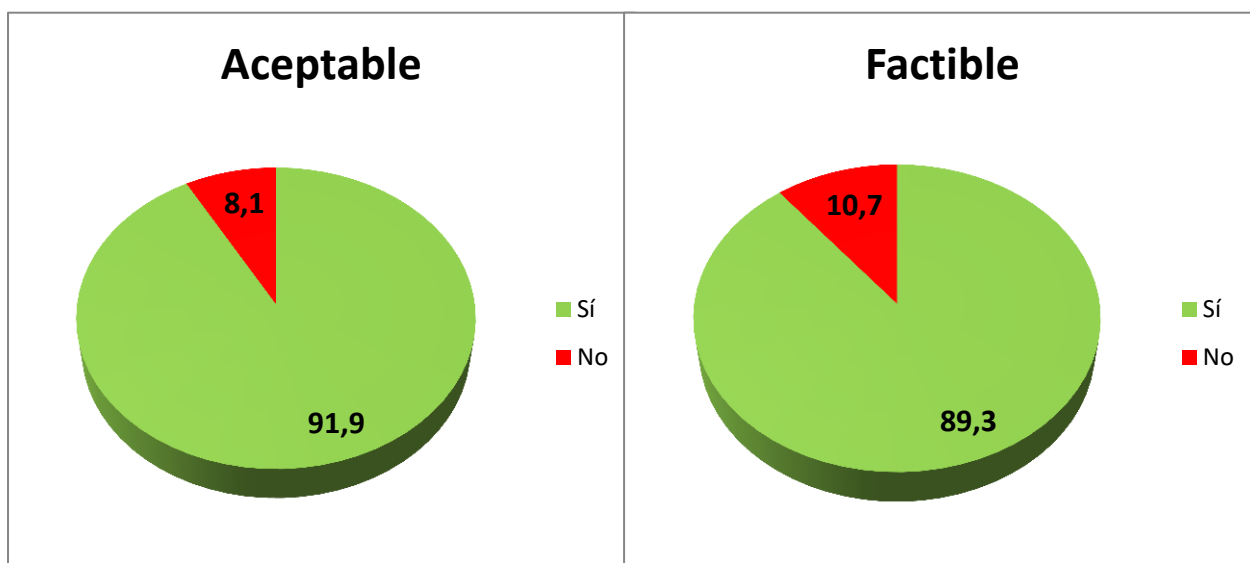


Gráfico 7. Aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunistas del VIH en atención primaria desde el punto de vista de los médicos participantes en el estudio VIH-AP.

Para realizar la regresión logística, en aquellas variables con más de 2 categorías (edad y tamaño de población) se eligió una de las categorías como referencia para poder compararla con las demás (tramo de 56 a 65 años en el caso de la edad y población de más de 100.000 habitantes en el segundo caso). Este análisis multivariante demostró que la única variable que tenía relación con el hecho de considerar aceptable la búsqueda oportunistas fue el tamaño de la población donde estuviese ubicado el centro de salud, siendo más aceptable para aquellos médicos que trabajaban en poblaciones de más de 100.000 habitantes, en comparación con aquellos que trabajaban en poblaciones de entre 50.001 y 100.000 habitantes. En el caso de la factibilidad de llevar a cabo este método de cribado, la única variable que mostró relación fue el tiempo dedicado a la investigación, considerándolo más factible aquellos que durante más tiempo habían sido investigadores. Estos resultados están recogidos en la tabla 8.

**Tabla 8.** Análisis multivariado de la aceptabilidad y factibilidad, según los profesionales, de la búsqueda oportunista del VIH en atención primaria.

VARIABLE	ACEPTABILIDAD				FACTIBILIDAD			
	p	OR	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	p	OR	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>Edad 1</b>	0,59	0,59	0,08	4,05	0,55	1,87	0,24	14,41
<b>Edad 2</b>	0,71	1,40	0,24	8,10	1,00	0,99	0,16	6,37
<b>Edad 3</b>	0,98	0,98	0,19	5,00	0,93	1,08	0,17	6,88
<b>Sexo</b>	0,89	0,92	0,28	3,00	0,09	2,38	0,87	6,52
<b>Docente</b>	0,48	0,67	0,22	2,04	0,39	0,64	0,24	1,75
<b>T. cupo</b>	0,49	1,00	0,99	1,00	0,19	1,01	1,00	1,02
<b>Medio 1</b>	0,40	0,51	0,11	2,44	0,38	0,59	0,18	1,94
<b>Medio 2</b>	<b>0,05</b>	<b>0,24</b>	<b>0,06</b>	<b>1,02</b>	0,95	0,96	0,25	3,64
<b>Medio 3</b>	<b>0,04</b>	<b>0,17</b>	<b>0,03</b>	<b>0,92</b>	0,87	0,87	0,15	4,97
<b>Investigación</b>	0,41	0,97	0,91	1,04	<b>0,03</b>	<b>1,17</b>	<b>1,02</b>	<b>1,35</b>

Edad 1: comparación de la categoría 26 a 35 años con la categoría 56 a 65 años.

Edad 2: comparación de la categoría 36 a 45 años con la categoría 56 a 65 años.

Edad 3: comparación de la categoría 46 a 55 años con la categoría 56 a 65 años.

T. cupo: tiempo trabajando con el mismo cupo de pacientes.

Medio 1: comparación de la categoría <10.000 h. con la categoría >100.000 h.

Medio 2: comparación de la categoría 10.000-50.000 h. con la categoría >100.000 h.

Medio 3: comparación de la categoría 50.001-100.000 h. con la categoría >100.000 h.

Creando una nueva variable que aúne la aceptabilidad y factibilidad, y realizando un nuevo análisis bivariado, las variables que mostraron asociación con la aceptabilidad/factibilidad de la prueba de cribado fueron el ser docente (90,2% entre los que lo estiman aceptable/factible vs. 74,3% entre los que no; Ji-cuadrado=8,831; p=0,003), el dedicarse a la investigación (6,46 años vs. 3,87 años, respectivamente; test de Mann-Whitney; p=0,050), y el tamaño de la población donde trabaja el profesional (mayor aceptación/factibilidad en poblaciones de más de 100.000 habitantes con un 90,9%; Ji-cuadrado=8,539; p=0,036). El análisis multivariante reflejó que la única variable que se asocia con la aceptabilidad/factibilidad percibida por el médico es el realizar actividad docente (OR=2,74; IC 95%; 1,16-6,49).

---

Entre los pacientes se alcanzó una aceptación de la prueba del 93,1% (IC 95%; 92,2-93,9), como ya se expuso anteriormente. Se realizó un nuevo análisis bivalente para ver si esta aceptabilidad por parte de los pacientes mostraba relación con algún factor relativo al profesional. No se encontraron diferencias significativas de aceptación en función de la edad del médico (test de Kruskal-Wallis,  $p=0,688$ ), ni del sexo (test de Mann-Whitney,  $p=0,985$ ). Se encontró una correlación débil entre la aceptación por parte de los pacientes y los años que el médico había dedicado a la investigación ( $r$  de Spearman= $0,166$ ;  $p=0,021$ ). También hubo una correlación positiva en cuanto al tiempo que el médico llevaba trabajando con el mismo cupo ( $r$  de Spearman= $0,153$ ;  $p=0,034$ ), además de una mayor aceptación cuando el médico era docente (test de Mann-Whitney;  $p=0,002$ ) y cuando la población era de más de 50.000 habitantes (test de Kruskal-Wallis;  $p=0,021$ ).

#### **8.5.- PREVALENCIA DE VIH.**

De los 3.314 pacientes reclutados, 228 no aceptaron realizarse la serología, y en 172 casos de aquellos que sí aceptaron no se reportó el resultado de la prueba. En algunos se informó de que el paciente aún no había acudido a la extracción sanguínea cuando se cumplía el tiempo límite para devolver los cuestionarios, o bien existieron problemas de laboratorio a la hora del análisis. Estos 172 pacientes fueron incluidos en el análisis de la aceptabilidad de la prueba, ya que dieron su consentimiento para ello, pero no pudimos tenerlos en cuenta para la prevalencia al no disponer de un resultado. Contamos, por lo tanto, con 2.914 resultados, entre los que se encontraron 7 casos positivos de VIH, lo que supuso una prevalencia de 0,24%. Si bien esta prevalencia es llamativa y su importancia será analizada en el apartado de discusión, en valores absolutos no podemos sacar conclusiones, en cuanto a las variables sociodemográficas, de una muestra de 7 pacientes. Aun así, y a título informativo, pasamos a describir dichas variables en la tabla 9.



**Tabla 9.** Variables sociodemográficas de los casos positivos de VIH.

VARIABLE	CATEGORÍA	CASOS DE VIH +
<b>Sexo</b>	Hombre	5
	Mujer	2
<b>Tabaco</b>	Fumador	6
	No fumador	1
<b>Alcohol</b>	Bebedor	4
	No bebedor	3
<b>Pareja estable</b>	Sí	4
	No	3
<b>Nivel de instrucción</b>	Sin estudios	0
	Sabe leer y escribir	0
	Estudios primarios	4
	Estudios secundarios	2
	Estudios universitarios	1
<b>Motivo de la analítica</b>	Enfermedad crónica	1
	Enfermedad aguda	5
	A petición del paciente	0
	Otros	1
<b>Tamaño de población (habitantes)</b>	<10.000	1
	10.000 - 50.000	3
	50.001 - 100.000	0
	>100.000	3

---

---

9

# DISCUSIÓN

---

## **DISCUSIÓN**

### **9.1.- ACEPTABILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA POR PARTE DE LA POBLACIÓN.**

Como se indicó en la introducción, dado el elevado coste y el impacto que puede tener la implantación de un programa de cribado en la actividad sanitaria, es fundamental la realización de estudios previos que lo avalen en términos de aceptabilidad, tanto por parte de la población diana como de los profesionales que lo llevarán a cabo, así como de factibilidad en el entorno seleccionado y de coste-efectividad, entre otros factores.

Con un 93,1% de aceptabilidad de la prueba del VIH expresada por los pacientes de este estudio, queda manifiestamente demostrado que la búsqueda oportunista del VIH desde atención primaria es un método de cribado aceptado por la población, cumpliendo, en ese sentido, uno de los requisitos planteados por Wilson y Jungner<sup>34</sup> que además suele ser de los menos evaluados y estudiados antes de decidir si es aconsejable o no postular o implementar una prueba de cribado.

Analizando los resultados obtenidos y detallados en el punto anterior de este trabajo, llama la atención el hecho de que no se hayan encontrado diferencias significativas en cuanto a la aceptación de la prueba entre aquellos que tenían pareja estable y los que no, ya que, *a priori*, hubiera sido lógico pensar que aquellos con pareja estable no habrían estado tan interesados en el cribado por tener menos probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual al no tener relaciones con múltiples parejas. No obstante hablamos de una prueba que no supone ningún perjuicio para el paciente, y sí una mejora en cuanto al conocimiento de su estado de salud, por lo que, independientemente de la posible percepción de riesgo o seguridad en cuanto al estado serológico de cada individuo, parece lógico aceptar su inclusión en la analítica sanguínea.

Los resultados obtenidos indican que existe una mayor aceptación entre los pacientes de menor edad, mostrando incluso un gradiente que disminuye a medida que encuestamos a pacientes de edades más avanzadas. Dado que la infección por el VIH es una enfermedad relativamente reciente en comparación con otras patologías, y que los programas informativos y de prevención han estado más al alcance de las nuevas generaciones, podría explicarse esta mayor aceptación entre los individuos de menor edad como una mayor

---

sensibilización dada la amplia información recibida sobre esta infección. También podría interpretarse como una menor sensación de riesgo entre los mayores, dado que es más frecuente tener pareja estable a edades más avanzadas y, por lo tanto, no considerarse en peligro para contraer infecciones de transmisión sexual. Este resultado puede ir asociado a la variable referente al motivo de la analítica, donde observamos una menor aceptación cuando la extracción sanguínea se solicitó por control de enfermedades crónicas, las cuales suelen corresponder a pacientes de edades avanzadas. En cualquier caso hablamos de un 89,2% de aceptación entre el tramo de mayor edad (de 56 a 65 años), que si bien es menor que en los restantes tramos, no deja de suponer una amplia mayoría de personas que aceptan el cribado oportunista en estas edades, sin duda por la condición de no perjuicio que este análisis cumple.

Este mismo efecto de asociación lineal o gradiente de aceptación lo encontramos en la variable del nivel de instrucción, como ya se comentó en el apartado de resultados. Este resultado resulta plausible, y puede explicarse por la mayor formación recibida, que conlleva un mayor conocimiento de los riesgos de la infección por el VIH, además de una mayor sensibilización hacia la enfermedad, por lo que es lógico que la motivación a la hora de realizarse la serología sea máxima entre aquellos individuos más formados. A pesar de ser esperable, este efecto no es deseable para el cribado, ya que es conocido que las infecciones de transmisión sexual, además de otras condiciones como los embarazos no deseados, son más frecuentes entre los sectores de la población que han recibido menos formación e información en cuanto a la utilización de medidas de prevención y métodos de barrera. Esto podría corresponder a la llamada «ley de cuidados inversos»<sup>90</sup>, que postula que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida, es decir, que aquellos que más podrían beneficiarse de la intervención sanitaria son los que finalmente menos reciben la atención, bien por cuestiones sociales de acceso a la salud, o bien porque adoptan un comportamiento menos favorable, como sucede en nuestro caso ante un programa de cribado. No obstante, y al igual que ocurrió con la variable edad, la aceptación mínima, encontrada en la categoría de individuos sin estudios, sigue teniendo un resultado muy positivo con un 84,4% de aceptación.

Parecía razonable aventurarse a imaginar que la aceptación de la prueba del VIH sería mayor en las poblaciones de más de 100.000 habitantes, como efectivamente ocurrió, ya que en principio suele existir una mayor población joven en las ciudades grandes por motivos laborales, siendo los individuos en estos tramos de edad, además, más activos sexualmente.

---

Quizá este resultado se deba a la cultura, valores y creencias de la población que habita en localidades con más población, posiblemente con una mentalidad más abierta que las de aquellos que residen en núcleos poblacionales más pequeños. Sin embargo resulta gratamente sorprendente el hecho de que incluso en poblaciones de menos de 10.000 habitantes se alcanzase una tasa de aceptación del 92,3%. La asociación con el hábito tabáquico parece, por otro lado, meramente casual.

Merece la pena detenerse a analizar los motivos por los que los 3.086 pacientes que aceptaron realizarse la serología nunca lo habían hecho con anterioridad. El hecho de que un 56,9% de los encuestados alegue como motivo fundamental el no considerarse en riesgo para esta infección nos alerta sobre una generalizada sensación de seguridad ante la infección por el VIH. Dicha seguridad, o no percepción de riesgo, podría hacer disminuir la demanda espontánea de la prueba por parte de la población lo que, combinado con las actuales líneas que se siguen para la búsqueda del VIH, dirigidas fundamentalmente a pacientes con antecedentes de prácticas de riesgo o categorizados como pertenecientes a grupos de riesgo, puede darnos una explicación de por qué se sigue perpetuando una alta proporción de pacientes infradiagnosticados, es decir, portadores de la infección que no conocen su estado serológico. Estas líneas de búsqueda nos mantienen alerta ante una posible infección por el VIH cuando el paciente consulta por prácticas sexuales de riesgo, presencia de otras infecciones de transmisión sexual que pueden ser concomitantes, o uso de drogas, fundamentalmente por vía parenteral. Si bien estas acciones suponen riesgos para esta infección, también representan una barrera para el paciente, que debe sacar a la luz hábitos que no son aceptados social ni moralmente, y que actualmente constituyen un tema tabú en nuestro ámbito.

Continuando con las razones para no haberse realizado anteriormente esta serología, encontramos que el 34,8% responsabiliza a su médico o enfermera de no habérselo propuesto hasta el momento. Este dato es ciertamente preocupante, puesto que nos hace entender la enorme responsabilidad que los profesionales de la salud, y en concreto aquellos que trabajan en el ámbito de la atención primaria, tienen a la hora de promover la salud y de llevar a cabo acciones de prevención primaria y secundaria, así como de realizar los cribados más adecuados para el beneficio de la población. Ofrecer un cribado sistemático de forma rutinaria podría, por lo tanto, aumentar de forma exponencial el diagnóstico de VIH en atención primaria.

---

Si atendemos a los motivos por los que los 228 pacientes que rechazaron incluir la prueba del VIH en sus analíticas tomaron esta decisión, encontramos que casi las tres cuartas partes de la población no la considera necesaria al no creerse en riesgo para esta infección. Observamos de nuevo una sensación de seguridad generalizada que, en este caso, lleva incluso a rechazar una oferta de cribado que en ningún caso podría suponer un perjuicio.

En este punto debemos pararnos a reflexionar sobre la perpetuación de un antiguo concepto hasta nuestros días, como es el de los mal llamados «grupos de riesgo». Clásicamente se ha asociado la infección del VIH con diversos colectivos sociales, como son los homosexuales, y concretamente los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, así como con diversas prácticas como el ejercicio de la prostitución o el uso de la misma, o bien el consumo de drogas por vía parenteral.

Si bien es cierto que los últimos informes de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Sanidad muestran una mayor proporción de individuos con VIH entre los HSH, pensar que todos los individuos con una determinada tendencia sexual se comportarán de la misma manera es, cuanto menos, discriminatorio, como también lo es el regirnos por estas directrices para realizar o no un cribado de salud. Como revelaron las estadísticas del año 2015, la transmisión entre HSH fue del 53,6%, seguida de la transmisión heterosexual que supuso un 25,4% y de la transmisión entre PID, que fue del 2,8%. Sin embargo, en las recomendaciones de cribado de las diferentes instituciones, se aconseja realizar un primer test de forma global entre cierto tramo de edades, y posteriormente repetirlo periódicamente a todos los HSH y PID de forma sistemática por el simple hecho de pertenecer a estos grupos, mientras que a los heterosexuales únicamente se les repite el cribado ante determinadas situaciones de riesgo, a pesar de suponer un grupo mucho mayor que los PID. Estos colectivos están, desde el inicio de la infección por el VIH, estigmatizados por la sociedad, convirtiendo la pertenencia a los mismos en un tema tabú en determinados ámbitos. El basarse en estos criterios para solicitar o no una prueba analítica perpetúa la discriminación social y supone para el paciente tener que sacar a la luz prácticas o situaciones de la vida privada que, en algunas sociedades, son poco aceptadas, lo cual, finalmente, les puede conducir a preferir no solicitar activamente la inclusión de esta prueba en sus analíticas por miedo al rechazo o la estigmatización, dificultando, por consiguiente, la ardua tarea de aumentar el diagnóstico de VIH desde atención primaria y así disminuir la expansión de esta infección. Igualmente, teniendo en cuenta la situación del profesional, tampoco resulta agradable para muchos el preguntar directamente sobre la realización de estas prácticas o la

---

pertenencia a dichos grupos de riesgo para llevar a cabo el cribado, lo cual puede interpretarse por algunos pacientes como un ataque directo a su intimidad.

Por otra parte, y atendiendo a la elevada proporción de pacientes que rechazan la realización de la prueba, o que bien no se la han realizado antes por no considerarse en riesgo, cabe plantearse si esta falsa sensación de seguridad viene también determinada por el no pertenecer a los ya mencionados grupos de riesgo, o por el querer distinguirse de los mismos. El hecho de que la sociedad piense que esta infección es un problema que únicamente atañe a homosexuales y usuarios de la prostitución y las drogas puede conducir a dos personas no pertenecientes a estos grupos a mantener relaciones sin protección por no sentirse susceptibles de contraer la infección.

El concepto de grupos de riesgo es, por tanto, algo que debemos eliminar entre los profesionales de la salud y entre la sociedad en general si queremos incrementar el diagnóstico de VIH en atención primaria. Para estos efectos, el cribado oportunista se presenta como una buena alternativa, ampliamente aceptada por la sociedad, y que propone la solicitud de la prueba de forma rutinaria, sin tener que ahondar en la vida privada de los pacientes y eliminando los estigmas de la enfermedad al ser incluida como una prueba más en el día a día de la consulta.

## **9.2.- ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA POR PARTE DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

Analizamos a continuación los resultados relativos a los otros actores implicados en esta acción de cribado, es decir, los médicos que reclutaron a los pacientes.

En este estudio se sugiere que la búsqueda oportunista del VIH desde atención primaria es un método de cribado que sería aceptado y considerado como factible por una mayoría de médicos de familia que trabajan en el Sistema Nacional de Salud de nuestro país. A esto hay que sumar, tal y como se detalló en el apartado anterior, que los pacientes que acuden al centro de salud para realizarse una analítica de sangre también lo aceptan mayoritariamente. No hemos encontrado en la bibliografía estudios similares con los que comparar nuestros resultados de aceptabilidad y factibilidad en cuanto a la opinión de los profesionales se refiere.



---

En lo relativo a los datos sociodemográficos, como se expuso en el apartado de resultados, únicamente hemos podido comparar las variables de edad, sexo y tamaño de población donde se ejerce la actividad asistencial con los datos de la OMC, ya que no hemos encontrado ninguna información sobre el resto de variables incluidas en nuestro estudio.

El hecho de que el perfil nacional de los médicos de familia no coincida con el hallado entre los colaboradores de este estudio en cuanto a edad podría deberse a la mayor sensibilización y formación recibida entre las nuevas generaciones de médicos en cuanto a la infección por el VIH, o al hecho de que incluyéramos investigadores residentes en los últimos años de formación. Al haber más médicos jóvenes en este estudio, es esperable que también haya un mayor porcentaje de mujeres dada la gran incorporación del sexo femenino a esta profesión en las últimas décadas. Esto podría ser relevante a la hora de planificar y poner en marcha estrategias para concienciar a los profesionales de la salud sobre la importancia del VIH en nuestros días, para así hacer mayor hincapié en aquellos grupos en los que el interés por esta enfermedad es menor, que parecen ser los profesionales varones y de mayor edad. Para este fin cabría hacer entre ellos una mayor difusión de aquellos estudios que a día de hoy ya avalan la búsqueda oportunista, así como actividades formativas de actualización de conocimientos en torno a esta enfermedad. La concienciación de los profesionales de la salud en cuanto al diagnóstico y control de la epidemia que nos atañe es fundamental para conseguir buenos resultados a la hora de aumentar el diagnóstico desde atención primaria.

Es llamativa la gran proporción de investigadores de este estudio que trabajan en poblaciones de más de 50.000 habitantes respecto a la media nacional, lo cual parece indicar una mayor preocupación por esta enfermedad entre aquellos profesionales que realizan su labor en ámbitos urbanos como son las grandes ciudades. Dado que existe una mayor proporción de población joven y sexualmente activa en las grandes urbes, esta mayor preocupación por el VIH entre los sanitarios que trabajan en grandes ciudades parece lógica. También hay que señalar el dato surgido del análisis bivariado que muestra que el tamaño de la población donde se desarrolla la actividad influye en la aceptabilidad percibida por el médico, siendo ésta menor entre los médicos que trabajan en poblaciones medianas. Es posible, por lo tanto, que sea en éstas donde haya que reforzar los intentos por concienciar al personal sanitario de la importancia de la infección por el VIH. Cabe recordar, no obstante, que la facilidad para llevar a cabo estudios de investigación es mayor en poblaciones grandes por el anonimato que tienen los individuos en comparación con las poblaciones más pequeñas. Estas diferencias entre poblaciones se acentúan más aún cuando la patología a

---

estudiar está asociada a prácticas de riesgo relacionadas con la esfera íntima de las personas, hecho que parece suponer una barrera no sólo para los pacientes, sino también para los profesionales de la salud de dichas poblaciones, que ven menos aceptable la búsqueda oportunista del VIH, quizá por temor a herir la sensibilidad de los pacientes ofertando esta prueba, o por el simple tabú o incomodidad que origina el hablar de esta enfermedad incluso dentro de la profesión médica. Para algunos médicos, el ofertar la prueba del VIH puede suponer un conflicto por el miedo a ser malinterpretados y que el paciente crea que se le está clasificando dentro de alguno de los estigmatizados grupos de riesgo.

El elevado porcentaje de médicos que consideran aceptable y factible esta estrategia de búsqueda del VIH puede estar sobreestimado por el hecho de que, probablemente, decidieran participar en nuestro estudio aquellos médicos más atraídos o motivados por el tema. No obstante, y a pesar de ese sesgo de autoselección, son cifras muy elevadas a tener en cuenta. El hecho de que sea más factible para aquellos médicos con más años dedicados a la investigación es esperable y se podría deber a la propia experiencia en este campo. De igual modo sucede con la cualidad de ser docente y la aceptabilidad y factibilidad en conjunto.

Respecto a la aceptación de la prueba por parte de los pacientes, resulta positivo apreciar que ésta no depende del sexo ni de la edad del investigador, ya que esto se traduce en que cualquier médico podría llevar a cabo este tipo de despistaje del VIH.

También parece importante para los pacientes, en base a los resultados del análisis bivariado, el tiempo que el médico lleva trabajando con el mismo cupo. Este dato es muy relevante ya que la base de la medicina de familia es la relación de confianza con el paciente que surge a partir de la continuidad asistencial. La precaria situación laboral en la que se encuentran muchos profesionales de nuestro país actualmente hace peligrar el sentido de la atención primaria al no existir una buena continuidad de cuidados que garantice la relación y el conocimiento de nuestros pacientes y permita la realización de adecuados programas de salud como es el cribado de importantes patologías como el VIH.

---

### 9.3.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE PREVALENCIA.

Como se ha comentado en el apartado de resultados, en este estudio se encontró una prevalencia de resultados positivos de VIH del 0,24%, lo que podemos considerar como fracción oculta o infradiagnóstico. Atendiendo a las recomendaciones de 2006 de los CDC<sup>60</sup>, que califican esta estrategia de búsqueda como coste-efectiva en poblaciones con una prevalencia mayor del 0,1%, la búsqueda oportunista sería un método relevante en nuestro país.

Estos resultados son acordes al estudio llevado a cabo en Barcelona en el que se encontró un 0,3% de prevalencia de infección oculta del VIH<sup>51</sup>, y al realizado en Madrid, donde la prevalencia fue del 0,35%<sup>52</sup>. Si bien ambos estudios encontraron una prevalencia mayor, cabe señalar que estos fueron realizados en las dos ciudades más pobladas de España, lo cual confirma que es en las grandes urbes donde existe más contagio y aclara el hecho de que exista una mayor preocupación entre los profesionales de la salud que ejercen en los ámbitos urbanos. No obstante, señalaremos una vez más que el presente trabajo, llevado a cabo en todo el territorio nacional, y por lo tanto incluyendo a la población que vive en zonas rurales, obtiene resultados de prevalencia de infección oculta que, en base a los ya mencionados criterios de los CDC, hacen coste-efectiva la búsqueda oportunista.

Conviene recordar que el objetivo de nuestro estudio era, en principio, medir la aceptabilidad de ofertar la prueba del VIH entre los pacientes de atención primaria y entre los profesionales para así poder poner en marcha este tipo de cribado de forma sistemática. Para este fin establecimos como criterio que el paciente en cuestión nunca antes se hubiera realizado una serología del VIH ya que, de lo contrario, ya habría dado su consentimiento en aquella ocasión. Somos conscientes de que una persona que se realizó una analítica en el pasado, siendo ésta negativa, puede haberse contagiado *a posteriori*. También parece lógico pensar que alguien a quien con anterioridad se le solicitase la prueba o la pidiese por iniciativa propia, estaría más motivado para un nuevo control, y posiblemente haya tenido más exposiciones de riesgo que alguien que acude a consulta por otro motivo y que nunca ha estado interesado en realizarse este análisis. No obstante, y con la meta de medir exclusivamente la aceptabilidad de la prueba sin otros condicionantes, estas personas con test previos no fueron incluidas en este trabajo, y aun así la aceptación fue del 93,1% y la prevalencia del VIH del 0,24%, valores que posiblemente, por los motivos ya expuestos,

---

habrían sido aún mayores en caso de haber incluido a individuos con determinaciones previas del virus.

#### **9.4.- OPTIMIZACIÓN DE LA BÚSQUEDA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.**

Como se expuso en la introducción de este trabajo, existen diferentes tipos de cribado en base a las características de la población que vayamos a analizar. El cribado selectivo o dirigido nos ofrece altas garantías de éxito a la hora del diagnóstico del VIH, ya que nos lleva a buscar algo donde más probabilidad hay de encontrarlo, pero cabría plantearse si esta medida es suficiente.

Dados los preocupantes datos del análisis de la situación actual del VIH en nuestro país en cuanto a prevalencia de infección oculta y diagnósticos tardíos<sup>46</sup>, parece difícil poder afirmar que la estrategia de búsqueda dirigida cumpla con los objetivos deseados. El basar nuestra práctica en la realización de una anamnesis de tendencias o prácticas sexuales y hábitos tóxicos supone una situación incómoda tanto para el paciente como para el médico, y no parece inusual el evitar esta tesitura por ambos bandos. Como resultado perdura un sector de la población que no es analizada, y que puede corresponder a los alarmantes datos estadísticos de nuestro país.

El cribado oportunista, caracterizado por eliminar las clásicas barreras de temas tabú al no precisar de una anamnesis exhaustiva, ha constatado su amplia aceptación por parte de profesionales y pacientes en este estudio. La inclusión de la prueba del VIH como parte de la rutina de nuestra actividad en los centros de salud ayuda a eliminar el estigma social con el que sigue viéndose a esta infección. Es sensato pensar que la relación coste-efectividad de esta búsqueda será, en principio, menor que la de la búsqueda dirigida, ya que buscamos algo entre la totalidad de la población, y no donde sabemos que existe una mayor concentración, por lo que la prevalencia de casos positivos en base al total de analíticas realizadas debe ser menor. No obstante ha demostrado una relación coste-efectividad muy aceptable según las recomendaciones de los CDC incluso en nuestro estudio, que no buscaba este efecto, y se presenta como una gran opción a tener en cuenta para disminuir la proporción de pacientes no diagnosticados por el VIH que actualmente viven en España al abarcar un mayor porcentaje

---

de la población total, mejorando así la calidad asistencial y el pronóstico de la enfermedad y ayudando a frenar la expansión de esta epidemia.

Podríamos decir que la búsqueda dirigida tiene una alta especificidad para encontrar nuevos casos de VIH, pero una baja sensibilidad que deja escapar muchos individuos sin cribar. Por el contrario la búsqueda oportunista ofrece una gran sensibilidad al universalizar la prueba y cribar a un mayor número de individuos, disminuyendo las probabilidades de que queden sin analizar casos positivos de VIH.

En base a lo anterior consideramos que la búsqueda oportunista de la infección por el VIH, como plantea este trabajo, debería ser tenida en cuenta por las autoridades sanitarias y los organismos expertos en el tema, postulando su recomendación en las guías de práctica clínica o en programas preventivos como el PAPPS.

Por último, cabe recordar que los métodos de cribado del VIH en atención primaria no son excluyentes sino sumatorios, por lo que las nuevas estrategias de búsqueda que surgen en torno a esta enfermedad, y que tienen probada efectividad y aceptabilidad según avalan los actuales estudios, como es el caso de la búsqueda oportunista, podrían ser incorporadas a la rutina habitual como un complemento más que enriquecería y mejoraría nuestra labor asistencial de cara a alcanzar los objetivos de diagnóstico mencionados. Es la combinación de las diferentes estrategias de búsqueda lo que podrá aportar una mayor cobertura de población estudiada, pudiendo así mejorar los resultados de prevalencia de nuevos diagnósticos de cara al futuro.

## **9.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

Como limitaciones de este estudio cabe mencionar un posible sesgo de selección, ya que es lógico pensar que respondieron al *e-mail* de reclutamiento los médicos con una mayor motivación por el tema del VIH. Es posible que este sesgo esté sobreestimando el grado de aceptabilidad hacia el cribado, tal vez no tanto entre la población, sino por parte de los profesionales, por lo que estaría retratando el mejor escenario de los posibles. Para sacar provecho de este ocasional sesgo, estudiamos, en el apartado de resultados, las diferencias sociodemográficas entre nuestros investigadores y los datos encontrados en los últimos informes de la Organización Médica Colegial sobre el perfil medio de los médicos de

---

atención primaria de nuestro país, para así conocer el perfil del médico interesado en temas relacionados con el VIH, y dar pie a nuevas estrategias de concienciación entre aquellos más alejados de este perfil.

También pudo existir un sesgo de información, por el hecho de sentirse observado el encuestado y condicionado a dar una determinada respuesta al saber que forma parte de un estudio de investigación; ello también podría conducir a una sobreestimación del grado de aceptabilidad y factibilidad. Los posibles sesgos de confusión se controlaron mediante el análisis multivariado.

Asimismo hemos de señalar que, debido al incremento del coste adicional que supone añadir la prueba del VIH a una analítica cualquiera, en la Comunidad de Madrid se limitó el estudio entre sus trabajadores, estableciendo la gerencia que dio la autorización para su realización un máximo de 5 pacientes a reclutar por médico. Si bien esto no influye en las características del médico interesado en el VIH y sus datos sociodemográficos, sí puede haber influido en su visión de la aceptabilidad y factibilidad de la prueba al haber estado su experiencia en el estudio mermada por una menor actividad investigadora.

Dadas las anteriores limitaciones y sesgos debemos ser prudentes a la hora de extrapolar los resultados obtenidos a la totalidad de los profesionales de la salud.

## **9.6.- RELEVANCIA. FUTURAS VÍAS DE INVESTIGACIÓN.**

Además de su relevancia por lo actual del tema y por la falta de información en la bibliografía sobre estudios previos similares, este estudio abre nuevos caminos en la investigación y el diagnóstico de la infección por el VIH desde atención primaria. Sería oportuno comparar nuestros datos con la aceptabilidad y factibilidad de otros métodos de búsqueda para esta enfermedad, o incluso estudiar la eficacia de combinar los diferentes métodos de cribado.

Asimismo, este trabajo da pie a responder a futuras interrogantes que incrementen el interés y la concienciación por el VIH entre los médicos de atención primaria de España, especialmente aquellos que distan del perfil de nuestros investigadores, abre nuevas vías de actuación en cuanto al diagnóstico precoz de esta infección, y podría ser relevante en próximas investigaciones que comparen otros aspectos socio-laborales no estudiados que

---

influirían en la aceptabilidad y factibilidad de la prueba por parte de los profesionales de salud.

---



---

10

PUBLICACIONES

EN

REVISTAS

INDEXADAS

---

## **PUBLICACIONES EN REVISTAS INDEXADAS**

### **10.1.- ACEPTABILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE SEROLOGÍA EN PACIENTES CAPTADOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA: ESTUDIO VIH-AP.**

Autores:     Rafael Carlos Puentes Torres  
                 Cristina Aguado Taberné  
                 Luís Ángel Pérula de Torres  
                 José Espejo Espejo  
                 Cristina Castro Fernández  
                 Luís Fransi Galiana

Revista:     Atención Primaria

Tipo:        Artículo original

Año:        2016

Referencia: Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. Aten Primaria. 2016 Jun-Jul;48(6):383-93.



ORIGINAL

## Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP<sup>☆</sup>



Rafael Carlos Puentes Torres<sup>a,\*</sup>, Cristina Aguado Taberné<sup>b</sup>,  
Luis Angel Pérula de Torres<sup>c</sup>, José Espejo Espejo<sup>b</sup>, Cristina Castro Fernández<sup>b</sup>  
y Luís Fransi Galiana<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Frölunda, Närhälsan, Gotemburgo, Suecia

<sup>b</sup> Centro de Salud Santa Rosa (Córdoba); Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba, Córdoba, España

<sup>c</sup> Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Córdoba y Guadalquivir; Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba, Córdoba, España

<sup>d</sup> Centro de Salud Monteporreiro, SERGAS, Pontevedra, España

Recibido el 31 de mayo de 2015; aceptado el 22 de julio de 2015

### PALABRAS CLAVE

Virus de la  
inmunodeficiencia  
humana;  
Detección precoz;  
Cribado oportunista;  
Aceptabilidad

### Resumen

**Objetivo:** Valorar la aceptabilidad de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) mediante búsqueda oportunista.

**Diseño:** Estudio observacional, transversal.

**Emplazamiento:** Centros de atención primaria (CAP) del Sistema Nacional de Salud.

**Participantes:** Pacientes de 18 a 65 años a los que hubiese que realizar una analítica y que nunca antes se hubiesen realizado la prueba del VIH.

**Mediciones principales:** Edad, sexo, pareja estable, nivel de instrucción, consumo de tabaco/alcohol, motivo de la analítica, aceptabilidad de la prueba del VIH, motivo por el que no acepta o por el que no se le ha realizado antes. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, bivariante y multivariante (regresión logística).

**Resultados:** Doscientos ocho médicos de 150 CAP captaron 3.314 pacientes. La aceptabilidad del test del VIH fue del 93,1% (IC 95%: 92,2-93,9). De estos, el 56,9% no se la habían realizado antes por no considerarse en riesgo, y el 34,8% por no habérsela ofertado su médico.

<sup>☆</sup> Este trabajo obtuvo el premio IMIBIC a la mejor comunicación en las XIV Jornadas científicas de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Córdoba, 28 de marzo de 2014.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rafapuentes82@gmail.com](mailto:rafapuentes82@gmail.com) (R.C. Puentes Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.005>

0212-6567/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia. (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>)

## KEYWORDS

Human immunodeficiency virus;  
Early detection;  
Case finding;  
Patient acceptance

Del 6,9% que rechazaron la serología, el 73,9% alegaron no considerarse en riesgo. Mediante análisis de regresión logística las variables que mostraron relación con la aceptabilidad de la prueba positivamente fueron: la edad (grupo de 26 a 35 años; OR = 1,79; IC 95%: 1,10-2,91) y ser no fumador (OR = 1,39; IC 95%: 1,01-1,93). Los residentes en poblaciones entre 10.000 y 50.000 habitantes (OR = 0,57; IC 95%: 0,40-0,80) fueron los que en menor grado aceptaron la prueba. La prevalencia de VIH detectada fue del 0,24%.

**Conclusiones:** La prueba serológica del VIH tiene una alta aceptación entre los usuarios que acuden para hacerse un análisis de sangre a los CAP. La búsqueda oportunista es coste-efectiva. © 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia. (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>)

### Acceptability of the opportunistic search for human immunodeficiency virus infection by serology in patients recruited in Primary Care Centres in Spain

#### Abstract

**Objective:** To assess the acceptability of opportunistic search for human immunodeficiency virus (HIV).

**Design:** Cross-sectional, observational study.

**Location:** Primary Care Centres (PCC) of the Spanish National Health Care System.

**Participants:** patients aged 18 to 65 years who had never been tested for HIV, and were having a blood test for other reasons.

**Recorded variables:** age, gender, stable partner, educational level, tobacco/alcohol use, reason for blood testing, acceptability of taking the HIV test, reasons for refusing to take the HIV test, and reasons for not having taken an HIV test previously. A descriptive, bivariate, multivariate (logistic regression) statistical analysis was performed.

**Results:** A total of 208 general practitioners (GPs) from 150 health care centres recruited 3,314 patients. Most (93.1%) of patients agreed to take the HIV test (95% CI: 92.2-93.9). Of these patients, 56.9% reported never having had an HIV test before because they considered not to be at risk of infection, whereas 34.8% reported never having been tested for HIV because their doctor had never offered it to them. Of the 6.9% who refused to take the HIV test, 73.9% considered that they were not at risk. According to the logistic regression analysis, acceptability was positively associated to age (higher among between 26 and 35 year olds, OR = 1.79; 95% CI: 1.10-2.91) and non-smokers (OR = 1.39; 95% CI: 1.01-1.93). Those living in towns with between 10,000 and 50,000 inhabitants showed less acceptance to the test (OR = 0.57; 95% CI: 0.40-0.80). The HIV prevalence detected was 0.24%.

**Conclusions:** Acceptability of HIV testing is very high among patients having a blood test in primary care settings in Spain. Opportunistic search is cost-effective.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

## Introducción

La mayor magnitud que alcanzó la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los años ochenta en España respecto a los países de nuestro entorno se debió, fundamentalmente, al contagio entre los usuarios de drogas inyectadas<sup>1</sup>. En la actualidad, a pesar de haber descendido su incidencia notablemente desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA)<sup>2,3</sup>, esta sigue siendo superior a la de la mayoría de los países de Europa Occidental<sup>4</sup>. En España se estima que viven actualmente entre 120.000 y 150.000 personas infectadas por el VIH<sup>5</sup>, de las cuales en torno al 30% no saben que lo están, lo que supone aproximadamente 40.000 personas<sup>6,7</sup> que no se benefician del TARGA y cuya probabilidad de desarrollar sida aumenta considerablemente respecto a los pacientes diagnosticados y tratados

tempranamente<sup>8-10</sup>. Se estima además que el 54% de las nuevas infecciones que se producen son debidas al 30% de personas que desconocían que estaban infectadas. También se sabe que el coste del tratamiento y del cuidado de los enfermos con diagnóstico tardío es mucho mayor<sup>11,12</sup>. Por estos motivos la detección de las personas infectadas por el VIH que desconocen su estado —lo que se ha llamado «la epidemia oculta»— se ha convertido en una prioridad para los responsables del control del VIH en todo el mundo<sup>13,14</sup>.

Las nuevas guías de tratamiento recomiendan empezar a tratar cuando el nivel de CD4 es inferior a 350 células/ $\mu$ l<sup>15</sup>, dintel que define el diagnóstico tardío; así mismo, cuando la cifra de CD4 es inferior a 200 células/ $\mu$ l al diagnóstico o este coincide con el de sida, se habla de enfermedad avanzada. Según se refleja en los sistemas de vigilancia del conjunto de comunidades autónomas de España, en 2013 un 46,6%



de los nuevos casos de VIH mostraron un diagnóstico tardío, de los cuales el 27,3% presentaban enfermedad avanzada. Esto subraya la importancia de normalizar la realización de la prueba del VIH para detectar la infección en sus estadios más tempranos<sup>16-19</sup> y pone de manifiesto las muchas razones de peso para promover y facilitar un diagnóstico precoz del VIH<sup>20</sup>, responsabilidad de todos los profesionales del sistema de salud, pero en especial del personal de atención primaria (AP) por su abordaje integral biopsicosocial y por ser el nivel de atención más accesible, ya que más del 80% de la población acude al menos una vez al año a su centro de salud<sup>21,22</sup>. Sin embargo, se estima que solo el 30% de las serologías para VIH realizadas en España se solicitan en AP. Para solucionar esto es necesario romper diversas barreras, dependientes del paciente y del sistema sanitario, que dificultan el diagnóstico precoz. Con relación al paciente, parece ser que el cribado basado en la percepción propia del riesgo perpetúa el estigma, pues le obliga a reconocer prácticas no aceptadas socialmente. De hecho, el retraso diagnóstico es mayor en los pacientes sin aparentes prácticas de riesgo que prefieren no hablar de sus hábitos sexuales o adicciones<sup>23</sup>. Con relación al sistema sanitario, el mayor impedimento para los profesionales en AP es la falta de tiempo en consulta dada la cantidad de indicadores de calidad asistencial propuestos por el grupo GESIDA para abordar esta infección<sup>24</sup>.

Para reducir la fracción no diagnosticada de la infección por VIH se requiere aumentar la accesibilidad de la prueba ofertándola sistemáticamente, lo cual además evitaría las connotaciones negativas que supone ofertarla únicamente a las mal denominadas «poblaciones de riesgo»<sup>25,26</sup>.

El cribado basado en la búsqueda oportunista de VIH sigue los criterios formulados por Wilson y Jungner<sup>27,28</sup>, pues se trata de un proceso importante por su gravedad y trascendencia individual y social, que puede ser diagnosticado mediante procedimientos sencillos y asequibles, y cuya evolución y pronóstico mejoran con el tratamiento actual. Pero existen otros aspectos, como el de la aceptabilidad y la factibilidad del cribado, de los que aún no hay evidencias suficientes en nuestro ámbito. En Estados Unidos, los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomendaron en 2006 la estrategia del «opt out», consistente en practicar de forma universal un test del VIH a cualquier sujeto de entre 13 y 64 años que entrase en contacto con el sistema sanitario (cribado no selectivo), salvo que se opusiese de forma explícita, y sin necesidad de realizar un consejo pretest ni anamnesis dirigida para detectar conductas de riesgo<sup>29</sup>. Esta estrategia es coste-efectiva cuando la prevalencia de la infección es mayor del 0,1%. Algunos estudios señalan que incluso podría ser coste-efectiva en poblaciones con una prevalencia del 0,05%<sup>30</sup>. Ha sido llevada a cabo en algunos servicios de urgencias hospitalarias, demostrando diagnosticar un mayor número de pacientes con VIH<sup>31,32</sup>. Pero poco sabemos de cara a lograr el éxito en los programas de prevención secundaria en nuestro medio, lo que nos llevó a plantear el estudio VIH-AP, en el que pretendemos determinar si es aceptable este tipo de búsqueda oportunista para los pacientes y de qué factores puede depender dicha aceptabilidad.

## Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional descriptivo estimando un tamaño muestral necesario de 2.400 sujetos, reclutados por 100 médicos, calculado para una proporción esperada de aceptabilidad de la prueba del VIH del 50% (máxima indeterminación), un error alfa del 5% (95% de seguridad) y una precisión del  $\pm 2\%$ . Mediante un e-mail enviado a todos los socios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y la divulgación del estudio entre los investigadores registrados en la base de datos de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, se invitó a estos a colaborar en el estudio. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2013 y marzo de 2014.

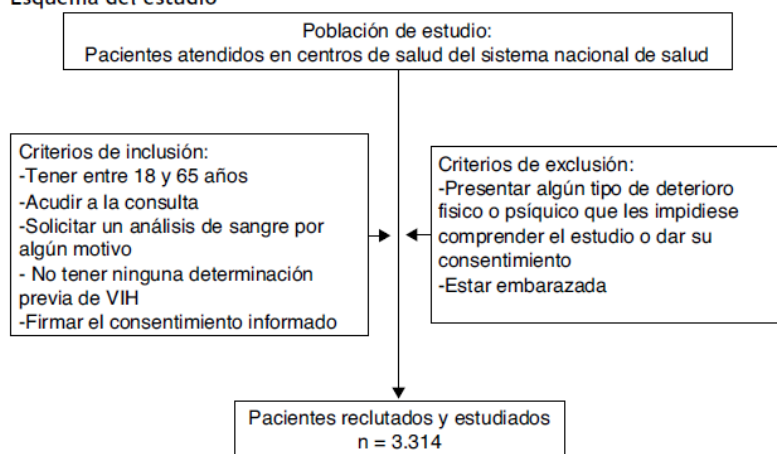
Para medir la aceptabilidad de la búsqueda oportunista del VIH los médicos participantes ofertaron el test a todos los sujetos de entre 18 y 65 años que acudieron a consulta y a los cuales hubiese que solicitar un análisis de sangre, no tuviesen ninguna determinación previa de VIH y firmasen el consentimiento informado para participar en el estudio. Fueron excluidos los pacientes con algún deterioro físico o psíquico que les impidiese comprender el estudio o dar su consentimiento y las pacientes embarazadas (la determinación del VIH forma parte del protocolo clínico). Cada médico se comprometía a captar al menos a 24 pacientes.

Los datos fueron recogidos mediante entrevista personal. Se elaboró un formulario en el que se registraron datos sociodemográficos (año de nacimiento, sexo, pareja estable y nivel de instrucción) y hábitos tóxicos (ser fumador o bebedor, entendiendo como tal los que tienen una dependencia de tales sustancias). Se incluyó el motivo de la analítica, dividiéndose en enfermedad crónica, aguda, por petición del paciente y otros. A continuación se registraba en el cuestionario si el paciente aceptaba o no que se le solicitase la prueba del VIH. A los que aceptaron se les preguntó el motivo por el que no se la habían hecho anteriormente. Si el paciente rehusaba realizarse el test, también se registraban sus motivos.

Los datos se analizaron con los programas estadísticos SPSS v. 17.0 y Epidat 3.1. Se utilizaron parámetros descriptivos (medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias relativas para las cualitativas), seguido de un análisis inferencial (con cálculo de los intervalos de confianza para el 95% de seguridad [IC 95%]) y aplicación de test de contraste de hipótesis ( $p \leq 0,05$ , contrastes bilaterales) para comprobar qué variables independientes se hallaban asociadas a la aceptabilidad de la prueba (test de la Ji-cuadrado o test exacto de Fisher, y prueba de Kruskal-Wallis, tras verificar con el test de Shapiro-Wilk que la variable no seguía una distribución normal). Finalmente, se hizo un análisis de regresión logística múltiple, en donde la variable dependiente fue la aceptabilidad de la prueba del VIH y en el que se incluyeron en el modelo como variables independientes las sociodemográficas, el consumo de sustancias tóxicas y el motivo de la analítica. Las variables categóricas fueron tratadas como variables dummy. La bondad de ajuste del modelo se comprobó mediante el test de Hosmer-Lemeshow.

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba y de la Comisión Central de Investigación de Madrid.

## Esquema del estudio



## Resultados

Participaron 208 médicos de familia de 150 centros de atención primaria (CAP) del Sistema Nacional de Salud que reclutaron, mediante muestreo consecutivo, 3.314 pacientes válidos para ser incluidos en el estudio (moda de pacientes/médico = 24; límites: 1-26 pacientes).

De los pacientes, el 45,1% (IC 95%: 43,3-46,8) eran hombres. La media de edad fue de 43,8 años (IC 95%: 43,4-44,3; DE: 13,0). El 52,5% vivían en poblaciones de más de 100.000 habitantes. Respecto a los hábitos tóxicos, el 33,5% (IC 95%: 31,9-35,1) afirmaron ser fumadores y el 78,8% (IC 95%: 77,4-80,3), bebedores. El 21,2% (IC 95%: 19,7-22,6) de los encuestados tenían pareja estable. En cuanto al nivel de instrucción, el 1% no tenían estudios, el 4,7% sabían leer y escribir, el 34,1% contaban con estudios primarios, el 39,4% con estudios secundarios y el 20,8% eran universitarios. El 41,2% de las analíticas se solicitaron por enfermedades crónicas, un 29% por enfermedades agudas, el 18,2% por petición del paciente y un 11,5% por otros motivos.

El 93,1% (IC 95%: 92,2-93,9) de los pacientes aceptaron realizarse la prueba del VIH, alegando la mayoría que no se la habían hecho antes por no considerarse en riesgo o no habérselo propuesto su médico. Estas 2 categorías suman el 91,7% de los motivos dados (tabla 1). Del 6,9% que rehusaron realizarse el test, un 73,9% lo hicieron por no considerarse en riesgo (tabla 2).

Se observaron diferencias significativas tras estratificar la población a estudio en base a la edad, siendo el grupo de más edad el que menos porcentaje de aceptación ofreció, con un 89,2% (Ji-cuadrado: 26,79;  $p < 0,001$ ). En base al nivel de instrucción, fue más aceptada la serología entre la población con estudios universitarios, con un 94,5% (Ji-cuadrado: 23,18;  $p < 0,001$ ). También se registró una mayor aceptación en ciudades de más de 100.000 habitantes (94,6%; Ji-cuadrado: 13,62;  $p < 0,010$ ) y entre los no fumadores (Ji-cuadrado = 6,780;  $p = 0,009$ ). La aceptación fue menor cuando la analítica se solicitaba como control de una enfermedad crónica (91,2%; Ji-cuadrado: 13,31;  $p < 0,01$ ) (tabla 3). No se encontraron diferencias significativas según el sexo con el hecho de tener pareja estable o el consumo de alcohol. En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis

multivariante. Las variables que mostraron relación en el modelo de regresión logística con la aceptabilidad fueron la edad (mayor aceptabilidad en el tramo de 26 a 35 años; OR = 1,79; IC 95%: 1,10-2,91), el consumo de tabaco (los no fumadores se muestran más predispuestos; OR = 1,39; IC 95%: 1,01-1,93) y el tamaño de la localidad (los que menos aceptan la prueba son los residentes en poblaciones entre 10.000 y 50.000 habitantes; OR = 0,58; IC 95%: 0,41-0,82).

De entre los 3.086 pacientes que aceptaron la realización del test del VIH, se cumplimentó el apartado del resultado en 2.914, hallando entre estos una prevalencia de resultados

**Tabla 1** Motivo por el que los sujetos no se habían realizado nunca con anterioridad la prueba de detección del VIH

Motivo	n (%)
No consideraba que estuviese en riesgo	1.757 (56,9)
Su médico o enfermera no se lo había propuesto	1.074 (34,8)
Preocupación por un resultado positivo	66 (2,1)
No sabía dónde hacerse la prueba	47 (1,6)
Temor por las agujas o la sangre	23 (0,7)
Le preocupa que se entere su familia	9 (0,3)
Le preocupa la confidencialidad de los datos	9 (0,3)
Otros motivos	101 (3,3)
<b>TOTAL</b>	<b>3.086 (100)</b>

**Tabla 2** Motivo por el que los sujetos rechazan realizarse la prueba de detección del VIH

Motivo	n (%)
No considera que esté en riesgo	169 (73,9)
Preocupación por un resultado positivo	29 (12,8)
Temor por las agujas o la sangre	5 (2,2)
Le preocupa que se entere su familia	3 (1,3)
Le preocupa la confidencialidad de los datos	3 (1,3)
Se realizará la prueba en otro centro	2 (0,9)
Otros motivos	17 (7,5)
<b>TOTAL</b>	<b>228 (100)</b>



**Tabla 3** Variables relacionadas con la aceptación de la prueba serológica de detección del VIH

Variables	Acepta la serología	
	Sí, n (%)	No, n (%)
<i>Edad (años) Ji-cuadrado = 16,536 (p &lt; 0,001)</i>		
18 a 25	326 (93,9)	21 (6,1)
26 a 35	623 (95,4)	30 (4,6)
36 a 45	674 (94,3)	41 (5,7)
46 a 55	764 (93,7)	51 (6,3)
56 a 65	699 (89,2)	85 (10,8)
<i>Nivel de instrucción Ji-cuadrado = 14,734 (p &lt; 0,001)</i>		
Sin estudios	27 (84,4)	5 (15,6)
Sabe leer y escribir	133 (85,3)	23 (14,7)
Estudios primarios	1045 (92,6)	84 (7,4)
Estudios secundarios	1.229 (94,0)	78 (6,0)
Estudios universitarios	652 (94,5)	38 (5,5)
<i>Número de habitantes Ji-cuadrado = 8,063 (p &lt; 0,01)</i>		
< 10.000	564 (92,3)	47 (7,7)
10.000-50.000	604 (91,0)	60 (9,0)
50.001-100.000	271 (90,9)	27 (9,1)
> 100.000	1.647 (94,6)	94 (5,4)
<i>Motivo de la analítica Ji-cuadrado = 13,315 (p &lt; 0,01)</i>		
Enfermedad crónica	1.247 (91,2)	120 (8,8)
Enfermedad aguda	907 (94,3)	55 (5,7)
A petición del paciente	572 (94,9)	31 (5,1)
Otros	360 (94,2)	22 (5,8)
<i>Consumo de tabaco Ji-cuadrado = 6,780; p = 0,009</i>		
Fumador	1.105 (94,8)	61 (5,2)
No fumador	1.981 (92,4)	167 (7,6)
TOTAL	3.086 (93,1)	228 (6,9)

positivos del 0,24%. Los motivos para no cumplimentar este apartado fueron la no asistencia del paciente a la extracción sanguínea, el extravío de muestras y errores de laboratorio.

## Discusión

En este estudio se demuestra que la búsqueda oportunista del VIH desde AP es un método de cribado ampliamente aceptado y supone además una mejora respecto a la práctica habitual al abarcar a una mayor población.

Como limitaciones cabe señalar un posible sesgo de selección, ya que es lógico pensar que respondieron al e-mail los médicos con una mayor motivación por el tema. También cabe mencionar que, debido al coste adicional que supone incluir la prueba del VIH en una analítica cualquiera, la comunidad de Madrid limitó el estudio entre sus trabajadores estableciendo un máximo recomendado de 5 pacientes a reclutar por médico.

Los resultados de aceptabilidad de este estudio son mejores que los obtenidos en 2009 en el Reino Unido en un estudio llevado a cabo con el test rápido de detección del VIH (aceptabilidad del 45%)<sup>33</sup> y similares a los obtenidos recientemente en este mismo país en áreas de mayor prevalencia (aceptabilidad del 92%)<sup>34</sup>, y en otras poblaciones

**Tabla 4** Variables independientes analizadas en su relación con la aceptabilidad de la prueba del VIH mediante regresión logística múltiple

Variables	OR	IC 95%
<i>Grupos de edad (años)</i>		
18 a 25	1,43	0,82-2,50
26 a 35	1,79	1,10-2,91
36 a 45	1,54	1,01-2,37
46 a 55	1,55	1,06-2,28
56 a 65	1,00	-
<i>Sexo (varón vs. mujer)</i>	1,05	0,78-1,40
<i>Pareja estable (sí vs. no)</i>	0,85	0,61-1,19
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	0,86	0,27-2,73
Sabe leer y escribir	1,78	0,59-5,29
Estudios primarios	1,90	0,63-5,70
Estudios secundarios	2,05	0,67-6,32
Universitarios	1,00	-
<i>Motivo de la analítica</i>		
Enfermedad crónica	0,88	0,53-1,44
Enfermedad aguda	0,94	0,56-1,57
A petición del paciente	1,13	0,64-1,99
Otros motivos	1,00	-
<i>Consumo de tabaco</i>	1,39	1,01-1,93
<i>Consumo de alcohol</i>	1,11	0,76-1,61
<i>Habitantes de la localidad de residencia</i>		
< 10.000	0,69	0,48-1,01
De 10.000 a 50.000	0,58	0,41-0,82
De 50.001 a 100.000	0,57	0,36-0,90
> 100.000	1,00	-

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

Variable dependiente: aceptabilidad de la prueba; n = 3.314; Test Omnibus = 40,009; p < 0,001; Test de Hosmer y Lemeshow = 4,024; p = 0,855.

como Finlandia, donde un estudio similar se llevó a cabo con población inmigrante (aceptabilidad del 92%)<sup>35</sup> o Argentina, donde se estudió la aceptabilidad en pacientes hospitalizados (aceptabilidad del 76%)<sup>36</sup>.

La gran aceptación que tiene el ofertar la prueba para la detección del VIH con esta estrategia puede deberse al hecho fundamental de que estamos realizando una actuación beneficiosa para la población en cualquier caso, y así es percibido por los pacientes. No obstante, y a pesar de que el rechazo de la prueba ofertada ha sido escaso, es relevante reflexionar sobre los datos hallados en nuestro estudio.

Los resultados obtenidos muestran que la aceptación de este método de cribado parece ser mayor entre los pacientes de menor edad, que posiblemente estén más sensibilizados con esta infección dada la formación recibida. Dicha formación es también relevante, ya que las personas con niveles de estudios superiores muestran una mayor aceptación de la prueba de detección del VIH, aunque ello no se pudo confirmar con el análisis multivariado. Esto podría corresponder a la llamada «ley de cuidados inversos»<sup>37</sup>, que se da cuando aquellos que más se podrían beneficiar de la

intervención sanitaria son los que adoptan un comportamiento menos favorable, en nuestro caso, ante un programa de cribado. Las personas de mayor edad presentan una menor aceptación de este método de detección precoz, lo cual podría explicar que también sea menos aceptado en aquellos pacientes en los que la analítica se solicitó como control de una enfermedad crónica, ya que estas suelen ir asociadas a la edad. Aun así, cuando hablamos de la aceptación más baja, esta se sitúa en el 89,2%, que sigue siendo un porcentaje muy elevado.

Es también reseñable el hecho de que casi 6 de cada 10 pacientes que acceden a realizarse la prueba de detección del VIH no se la habían hecho nunca con anterioridad por no considerar que estuviesen en riesgo. A su vez, de los pacientes que declinan realizarse la serología, el 73,9% argumentan el mismo motivo. Se evidencia, por lo tanto, una sensación general de seguridad ante la infección por VIH que haría disminuir la demanda de la prueba por parte de la población. Además, según la búsqueda de la infección por VIH que actualmente se lleva a cabo, dirigida fundamentalmente a pacientes con actividades de riesgo, sería lógico ofrecer el test mayoritariamente a personas sin pareja estable, fomentando así la perpetuidad de los mal llamados «grupos de riesgo». Nuestro estudio, sin embargo, no queda sesgado por grupos de riesgo, ya que oferta la prueba de forma rutinaria a todos los sujetos que cumplen los criterios de inclusión sin entrar en detalles de la vida privada y abarcando así el máximo posible de población para disminuir la fracción no diagnosticada de pacientes con la infección por VIH, que generalmente es debida a sujetos que estaban fuera de los grupos de riesgo o que no se realizaban la prueba por la incomodidad de hablar con el médico de sus hábitos privados.

Cabe destacar también el dato de que el 34,8% de los pacientes que aceptan realizarse la serología no se la habían realizado antes porque su médico o enfermera no se lo había propuesto. Esto nos hace plantearnos que quizá la implicación que el médico de AP tiene con la búsqueda del VIH podría aumentarse significativamente al realizar la búsqueda oportunista de forma rutinaria.

Es reseñable la prevalencia de VIH hallada en nuestro estudio. Dado que nuestro objetivo principal era medir la aceptabilidad de la prueba, se excluyeron todos aquellos pacientes que ya se habían realizado al menos una determinación serológica en el pasado, ya que asumimos que aceptaron en aquel momento, independientemente de la posibilidad de que hubiesen podido contraer la infección posteriormente, ya que el diagnóstico de nuevos casos no era nuestra meta. Aun así, y conscientes de que según la metodología de nuestro estudio se diagnosticarían menos casos de VIH, encontramos una prevalencia del 0,24%, lo que convierte a este método de cribado en coste-efectivo en nuestro medio según las recomendaciones de los CDC.

En conclusión, la búsqueda oportunista de la infección por VIH en los CAP es un método coste-efectivo y mayoritariamente aceptado por los usuarios que acuden a hacerse una analítica, independientemente del sexo, de la situación de la pareja y de otras cuestiones sociales. Este nivel de aceptación es ligeramente menor entre los grupos de mayor edad, entre los fumadores y en sujetos que viven en ciudades pequeñas.

## Lo conocido sobre el tema

- Se estima que el 30% de los infectados por VIH en España no están aún diagnosticados.
- La CDC recomienda la estrategia «opt out» para el cribado del VIH.
- La estrategia «opt out» es coste-efectiva cuando la prevalencia en la población es mayor del 0,1%

## Qué aporta este estudio

- Se comprueba que la búsqueda oportunista del VIH es un método aceptado por los pacientes atendidos en los centros de atención primaria en España y puede ser llevado a cabo.
- Este método abarcaría una mayor proporción de la población y, por lo tanto, disminuiría la fracción infradiagnosticada del VIH, eliminando el estigma de los antiguos grupos de riesgo.
- Favorece el diagnóstico precoz de la infección y puede ser coste-efectiva en nuestro medio.

## Financiación

Este proyecto ha recibido una ayuda de la semFYC (ayudas «Isabel Fernández» a tesis doctorales, 2014) y otra de la SAMFYC (proyectos de tesis doctorales «Isabel Fernández», 2014, Ref.118/14).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al Grupo Colaborador VIH-AP.

## Anexo 1. Grupo colaborativo Estudio VIH-AP

Nombre	Centro de Salud
Bravo Martín, Isabel	C.S. Barcelona, Móstoles (Madrid)
Gutiérrez Sánchez, Isabel	C.S. Guayaba, Madrid
Gómez Criado, María Soledad	C.S. General Ricardos, Madrid
Magán Tapia, Purificación	C.S. Pavones, Madrid
Fidalgo Baz, María Jesús	C.S. Federica Montseny, Madrid
Ciria de Pablo, Cristina	C.S. Torreledones, Hoyo de Manzanares (Madrid)
Moreno Cano, María del Pilar	C.S. La Chopera, Alcobendas (Madrid)
Iturmendi Martínez, Nerea	C.S. General Fanjul, Madrid
Macho del Barrio, Ana	C.S. Vicente Soldevilla, Madrid



Nombre	Centro de Salud	Nombre	Centro de Salud
López Guijarro, Carmen María	C.S. Meco, Meco (Madrid)	Díaz de Tuesta Díaz de Lezana, Elvira	C.S. Prosperidad, Madrid
Guerra Molina, Íñigo	C.S. Goya, Madrid	Arnáiz de las Revillas Arroyo, Jesús María	C.S. Cotoilino I, Castro-Urdiales (Cantabria)
Frias Vargas, Manuel	C.S. Campohermoso, Humanes de Madrid (Madrid)	Puente García, Nieves	C.S. Galapagar, Galapagar (Madrid)
Herrería de la Lastra, Ambrosio	C.S. Castilleja de la Cuesta, Castilleja de la Cuesta (Sevilla)	Malpica Arce, Patricia	C.S. Covadonga, Torrelavega (Cantabria)
Muñoz-Quirós Aliaga, Sagrario	C.S. Monóvar, Madrid	Arzuaga Casado, Santiago	C.S. Roses, Roses (Gerona)
Almazán Marchamalo, Raquel	C.S. Can Gibert del Plà, Gerona	Solar Barrueta Beña, Marta Patricia	C.S. Otxarkoaga, Bilbao (Vizcaya)
Sánchez Íñigo, Cristina	C.S. Goya, Madrid	Thalamos Atienza, Juan Aitor	C.S. Lezo, Lezo (Guipúzcoa)
Canellas Criado, Yolanda	C.S. Monóvar, Madrid	Garmendia Leiza, José Ramón	EAP Jardínillos, Palencia
Blázquez Bejarano, Mercedes	C.S. Zaidín Sur, Granada	Rezola Gamboa, Francisco Javier	C.S. Son Pisà, Palma de Mallorca (Baleares)
Álvarez Villalba, María del Mar	C.S. Mendiguchia Carriche, Leganés (Madrid)	Magallon Botaya, Rosa	C.S. Arrabal, Zaragoza
Navas Cutanda, Jesús	C.S. Barrio de la Luz, Xirivella (Valencia)	Cámara Escribano, Carmen	C.S. 2 de Mayo, Móstoles (Madrid)
Lasso Oria, Virginia	C.S. Orcasitas, Madrid	Cebrián Martín, Carlos	C.S. Actur Norte, Zaragoza
Rosado López, Asunción	C.S. San Andrés, Madrid	Bartolomé Moreno, Cruz	U.D. MFyC sector Zaragoza 1, Zaragoza
Polo Fernández, María Noelia	C.S. Daroca, Madrid	Mínguez Sorio, María Pilar	C.S. Teruel Centro, Teruel
Sierra Santos, Lucía	C.S. Manzanares el Real, El Boalo (Madrid)	Burgasé Oliván, Carmen	C.S. Avda. Ramón y Cajal, Huesca
García Fernández, María Eugenia	C.S. Griñón, Griñón (Madrid)	Hernández Fernández, José Antonio	C.S. Requena, Requena (Valencia)
López Matilla, María Isabel	C.S. Embajadores, Madrid	Guardaño Roperio, David	C.S. Matrona Antonia Mesa Fernández, Caba (Córdoba)
Marcello Andrés, María Concepción	C.S. Galapagar, Galapagar (Madrid)	Sánchez Lozano, Ana	C.S. Adelfas, Madrid
Martín de Cabo, Rosa	C.S. Pedro Laín Entralgo, Alcorcón (Madrid)	Terol Molto, Cecilia	C.S. San Blas, Alicante
Soria López, Clara Isabel	C.S. Torre de Esteban Hambrán, Torre de Esteban Hambrán (Toledo)	Martínez Egea, Francisco José	C.S. La Fábrica, Alcoy (Alicante)
Cacereño Jiménez, Belén	C.S. Escola Graduada, Palma de Mallorca (Baleares)	Gaona Gómez, María Lourdes	C.S. Santiago de la Ribera, Santiago de la Ribera (Murcia)
Guerra Sánchez, María Yolanda	C.S. El Álamo, El Álamo (Madrid)	Raga Marí, Remei	C.S. República Argentina, Valencia
Sanz Rioyo, Marta	C.S. Juan de Austria, Alcalá de Henares (Madrid)	Feliú Sagala, Margarita	C.S. Campamento, Paterna (Valencia)
Cobo Rodríguez, María Rosario	C.S. Verín, Verín (Ourense)	Fransi Galiana, Luís	C.S. Monteporreiro, Pontevedra
Serra Renovales, Edurne	CAP S. Andreu, Manresa (Barcelona)	Sierra Elosua, Inmaculada	C.S. Roses, Roses (Gerona)
González González, Begoña	C.S. Las Vegas, Corvera (Asturias)	Martínez González, María Dolores	C.S. Repelega, Portugalete (Vizcaya)
Bada Sánchez, Milagros	C.S. Riaño, Langreo (Asturias)	Gómez Martínez, María Dolores	C.S. Totana Norte, Totana (Murcia)
Lobon Agundez, María del Carmen	C.S. Aravaca, Madrid	Jódar Salas, María Dolores	C.S. San Blas, Alicante
Duce Tello, Susana	C.S. Orcasitas, Madrid	Bastida Piné, Irene	C.S. Ronda Histórica, Sevilla
de la Peña Antón, Nuria	C.S. El Restón, Valdemoro (Madrid)	Sorroche Baldomero, José	C.S. Mirasierra, Granada
González Hernández, Alberto	C.S. Rafael Alberti, Madrid	Daza Ramos, Francisca	C.S. Montefrío, Montefrío (Granada)
Aguilar García, María Dolores	EAP Aguilar de Campoo, Aguilar de Campoo (Palencia)	Mellado Martos, José	C.S. Poniente, La Línea de la Concepción (Cádiz)
Díez Huidobro, Helena	C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte (Madrid)	Antequera Medina, Inmaculada	C.S. Los Rosales, Madrid
María Tablado, Miguel Ángel	C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña (Madrid)	Caba Martín, Adoración	Consultorio de Peñuelas, Láchar (Granada)
		Avelino Hidalgo, Eugenia	C.S. Nazaret, Valencia
		Pueyo Val, Olga María	C.S. Cariñena, Cariñena (Zaragoza)

Nombre	Centro de Salud	Nombre	Centro de Salud
Aguarón Joven, Eva	C.S. Avda. Ramón y Cajal, Huesca	Barcones Gómez, Carlos	C.S. Santa Rosa, Córdoba
Carceller Layel, María	C.S. Getaria, Getaria (Guipúzcoa)	López del Rey, Gema	C.S. Levante Sur, Córdoba
Castro Moreno, Jaime Jesús	C.S. La Carlota, La Carlota (Córdoba)	Ordóñez Pérez, Violeta	C.S. Peñarroya, Peñarroya (Córdoba)
Soto Díaz, Cristina	C.S. Santa Rosa, Córdoba	Díaz-Pintado García, María Teresa	C.S. Poniente, La Línea de la Concepción (Cádiz)
Porras Pastor, Francisco Javier	C.S. Matrona Antonia Mesa Fernández, Cabra (Córdoba)	Merino Borrego, Blanca María	C.S. Castilleja de la Cuesta, Castilleja de la Cuesta (Sevilla)
Mora Moreno, Francisco	C.S. Molino de la Vega, Huelva	López Campos, José María	C.S. Saúde de Ribeira, Santa Uxía de Ribeira (La Coruña)
Callejo Giménez, Elvira	C.S. Circunvalación, Valladolid	Martín Auriolles, Esther	C.S. La Roca, Málaga
Martínez Roldán, Leopoldo Luis	C.S. Almodóvar del Río, Almodóvar del Río (Córdoba)	García García, Irene	C.S. Casarabonela, Casarabonela (Málaga)
Vicén Pérez, Carmen	C.S. Juan de Austria, Alcalá de Henares (Madrid)	Rollán Arribas, Begoña	C.S. Orcasitas, Madrid
Fernández Alcón, Elena	C.S. Buenos Aires, Vallecas (Madrid)	Grandío Gómez, Jonathan	C.S. Barrio del Pilar, Madrid
Amián Novales, Myriam	C.S. Rute, Rute (Córdoba)	Redondo Gorostiza, Estibaliz	C.S. Montclar, Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Navarrete Espejo, Manuel	C.S. Sector Sur, Córdoba	Rivas Escalera, José Antonio	C.S. Puente Genil II, Puente Genil (Córdoba)
Buitrago Ramírez, Francisco	C.S. La Paz, Badajoz	Ridaura Ruiz, Beatriz	C.S. Lucena I, Lucena (Córdoba)
Espejo Espejo, José	C.S. Santa Rosa, Córdoba	Lorenzo Borda, María Soledad	C.S. Las Américas, Parla (Madrid)
Sáez Lara, Alfredo	C.S. Sector Sur, Córdoba	Rubira López, Domingo J.	C.S. Cieza Oeste, Cieza (Murcia)
Luis Ángel Pérula de Torres	U.D. MFyC Córdoba. Córdoba	Gómez Rodríguez, Francisca	C.S. Adelfas, Madrid
Sierra Duque, Francisco	C.S. Colón, Córdoba	Durán Serrat, Manuel	C.S. Sector Sur, Córdoba
Casado Martínez, Alejandro	C.S. Carlos Castilla del Pino, Córdoba	Fandos Olona, Josep María	C.S. Just Oliveras, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
del Pozo Guzmán, Rafael	C.S. Azahara, Córdoba	Martínez de la Iglesia, Jorge	C.S. Lucano, Córdoba
Ponferrada Caballero, Pascual	C.S. Sector Sur, Córdoba	Martí Braso, Agnés	C.S. Roger de Flor, Barcelona
Maestre Serrano, María Dolores	C.S. Polígono Guadalquivir, Córdoba	Sequeira Aymar, Ethel (miembro de la Unidad de Cuidado Compartido de VIH AH-AP)	C.S. Casanova, Barcelona
Fernández García, José Ángel	Consultorio de Villarrubia, Villarrubia (Córdoba)	Casablanco Figueras, Sira	C.S. Casanova, Barcelona
de Andrés Cara, Isabel	C.S. Levante Sur, Córdoba	Marco Segarra, Emilio	C.S. Sarrià del Ter, Sarrià del Ter (Gerona)
García Gersol, José Manuel	C.S. Rafael Flórez Crespo, Posadas (Córdoba)	Merino Audí, Montserrat	C.S. Torrasa, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Montero Monterroso, José Luis	C.S. Dña Josefina Carmona, Fernán-Núñez (Córdoba)	Mayolas Saura, Emma	C.S. Santa Coloma de Gramenet, Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
Muñoz Álamo, Miguel	C.S. Azahara, Córdoba	García Solana, Ana	C.S. Roger de Flor, Barcelona
León Dugo, Antonio	C.S. Levante Sur, Córdoba	Gil Calvo, Joan Josep	C.S. Roger de Flor, Barcelona
Rodríguez Priego, Manuela	C.S. Guadalquivir, Córdoba	Rodríguez Blanco, Llanos	C.S. Pubilla Casas, Esplugues de Llobregat (Barcelona)
Ortega Osuna, María Ángeles	C.S. Fuensanta, Córdoba	Ellingson García, Sandra	C.S. Valsequillo, Valsequillo (Las Palmas de Gran Canaria)
Molina Ortega, Gloria	C.S. Azahara, Córdoba	Palmer Muntaner, Patricia	C.S. Escola Graduada, Palma de Mallorca (Balears)
Fernández García, María Lourdes	C.S. Lucena II, Lucena (Córdoba)		
de la Torre Merinero, Eva María	C.S. Pere Garau, Palma de Mallorca (Balears)		
Berná Guisado, Concepción	C.S. Tijarafe, Tijarafe (Santa Cruz de Tenerife)		
Orzaez Casado, Isabel	C.S. Castro del Río, Castro del Río (Córdoba)		
Puentes Torres, Rafael Carlos	C.S. Santa Rosa, Córdoba		
Sánchez Cañete, Eva María	C.S. Guadalquivir, Córdoba		
López Martínez, Manuel	C.S. Fuente Obejuna, Fuente Obejuna (Córdoba)		
Merino del Amo, Elena	C.S. Rafael Flórez Crespo, Posadas (Córdoba)		

Nombre	Centro de Salud	Nombre	Centro de Salud
Silva Gil, Fátima	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas (Córdoba)	de la Cámara González, Cristina	C.S. General Ricardos, Madrid
Conejero Deltell, Almudena	C.S. Barrio del Pilar, Madrid	García de Francisco, Sara	C.S. Orcasitas, Madrid
Peláez Rodríguez, Estibaliz	C.S. Ortuella, Ortuella (Vizcaya)	Martín Moreno, Vicente	C.S. Orcasitas, Madrid
Maresca Bermejo, Enrique Ramón	C.S. Alhama de Granada, Alhama de Granada (Granada)	Sanz Pascual, María del Mar	C.S. Alameda de Osuna, Madrid
Almenar Almenar, Rafael	C.S. República Argentina, Valencia	de Miguel Feu, Miguel Ángel	C.S. José Marva de Madrid, Madrid
Pérez Romera, Francisco Javier	C.S. Venta del Viso, La Mojonera (Almería)	Cachón Rodríguez, María Luisa	C.S. José María Llanos, Madrid
Sillero Sillero, Cristóbal	C.S. Lucena II, Lucena (Córdoba)	Hernández García, Mercedes	C.S. V Centenario, San Sebastián de los Reyes (Madrid)
Puigdengolas Armengol, Xavier	C.S. Sant Fruitós, Sant Fruitós de Bages (Barcelona)	Gutiérrez Humanes, Cristina	C.S. Orcasitas, Madrid
Cuixart Costa, Lluís	C.S. Roger de Flor, Barcelona	López-Marina, Víctor	C.S. Piera, Piera (Barcelona)
Verdú Arnal, Montserrat	C.S. Roger de Flor, Barcelona	Angulo Pajuelo, José Manuel	C.S. Doña Mencía, Doña Mencía (Córdoba)
Pérez Santos, Josep María	C.S. Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)	Marva Ruiz, Marina	C.S. Campamento, Paterna (Valencia)
Oriol Cerbe, Cristina	C.S. Doctor Vilaseca, Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)	Sánchez Vázquez, Inmaculada	C.S. El Álamo, El Álamo (Madrid)
Ulloa Gasso, Susana	C.S. Es Viver, Ibiza (Balears)	Alonso Arizcun, Belén	C.S. Los Pintores, Parla (Madrid)
Marín Cañada, Jaime	C.S. Villarejo de Salvanés, Villarejo de Salvanés (Madrid)	Montero Costa, Alejandra	C.S. Fuencarral, Madrid
Montero Alarcón, Rosa	C.S. Los Rosales, Madrid	Rodríguez-Rubio Rodríguez, Águeda	C.S. Castilleja de la Cuesta, Castilleja de la Cuesta (Sevilla)
Luna Álvarez, Raquel	C.S. Los Pintores, Parla (Madrid)	Castro Fernández, Cristina	C.S. Santa Rosa, Córdoba
Vidal Cambra, Magdalena	C.S. Calafell, Calafell (Tarragona)	Piles Cabo, María	C.S. Benifaió, Benifaió (Valencia)
Priego Artero, Melania	C.S. Maragall, Barcelona	Habashneh Sánchez, Sara	C.S. Aravaca, Madrid
Moya Rodríguez, María Luisa	C.S. Puerta Blanca, Málaga	de la Peña López, Lorenzo	C.S. Covadonga, Torrelavega (Cantabria)
Calvo García, Esperanza	C.S. Cerceda, Cerceda (Madrid)	Jurado Otero, Margarita	C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña (Madrid)
de la Fuente Arriarán, Dolores	C.S. Sector III, Getafe (Madrid)	Rojo Calderón, Aránzazu	C.S. Covadonga, Torrelavega (Cantabria)
Fernández Fernández, María Jesús	C.S. Santa Rosa, Córdoba	de Cos Rodríguez, Purificación	C.S. Txurdínaga, Bilbao (Vizcaya)
Muñoz Bieber, Renata	C.S. Buenos Aires, Vallecas (Madrid)	Muñoz Martínez de Salinas, Cristina	C.S. Puerta Bonita, Madrid
Martín Gordo, Olga	C.S. Orcasitas, Madrid	Giner Valero, Mercedes	C.S. Barrio de la Luz, Xirivella (Valencia)
Casanova Colominas, José María	C.S. Virgen de Begoña, Madrid	Pineda Ronda, Vicenta	C.S. Serrería I, Valencia
Gómez Gascón, Tomás	C.S. Guayaba, Madrid	Blanquer Gregori, José Francisco Javier	C.S. San Blas, Alicante
Pérez Ramírez, Mercedes	C.S. El Álamo, El Álamo (Madrid)	Morales López, Rosario	C.S. Cartagena Oeste, Cartagena (Murcia)
Sáinz-Maza Aparicio, Mauricio	C.S. Alpes, Madrid	Arjona García, Verónica	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas (Córdoba)
Gómez Fernández, Ofelia	C.S. Campohermoso, Humanes de Madrid (Madrid)	Valverde Gubianas, Juan Manuel	C.S. Fuensanta, Córdoba
Gómez Rábago, María Luisa	C.S. Adelfas, Madrid	Ruz Torres, Lorenza	C.S. Carlos Castilla del Pino, Córdoba
Aguilar Shea, Antonio Luis	C.S. Cerceda, Cerceda (Madrid)	Osuna Ortiz, Antonia	C.S. Montoro, Montoro (Córdoba)
		Segovia Rodríguez, Javier	C.S. Santa Rosa, Córdoba
		López Matarín, Alba	C.S. Polígono Guadalquivir, Córdoba



Nombre	Centro de Salud
Almenara Abellán, José Luis	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas (Córdoba)
Sáenz Hernáiz, Juan Ignacio	C.S. Dr. Josep Alsina i Bofill, Palafrugell (Gerona)
Romero Rodríguez, Esperanza María	C.S. Azahara, Córdoba
Rufo Jiménez, José	C.S. Bollullos Par del Condado, Bollullos Par del Condado (Huelva)
Rivacoba Orbe, Lorea	C.S. San Ignacio, Bilbao (Vizcaya)
Baza Bueno, Mikel	C.S. San Ignacio, Bilbao (Vizcaya)
Moreno Fernández, Gemma	C.S. Azahara, Córdoba
Girón Estrada, Vanessa	C.S. Calatayud Norte, Calatayud (Zaragoza)
Lagos Aguilar, Ángela	C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña (Madrid)
Rodríguez Rodríguez, Mariela Carolina	C.S. La Victoria, La Victoria (Córdoba)
Amézquita de los Santos, Larissa Analías	C.S. Levante Sur, Córdoba
Rojas Bejarano, Domingo	C.S. Sector Sur, Córdoba

## Bibliografía

- Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de SIDA. España, 1980-1998. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:85-9.
- Gandhi T, Wei W, Amin K, Kazanjian P. Effect of maintaining highly active antiretroviral therapy on AIDS events among patients with late-stage HIV infection and inadequate response to therapy. *Clin Infect Dis*. 2006;42:878-84.
- Romero-Sánchez MC, Machmach K, Gonzalez-Serna A, Genebat M, Pulido I, García-García M, et al. Effect of maraviroc on HIV disease progression-related biomarkers. *Antimicrob Agents Chemother*. 2012;56:5858-64.
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección por VIH y sida en España. Plan Multisectorial. Indicadores 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Hamers F, Phillips A. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Medicine*. 2008;9 Suppl. 2:6-12.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Madrid; 2011.
- Aldaz P, Castilla J, Moreno-Iribas C, Irisarri F, Floristán Y, Solaboneta J, et al. Cambios en la mortalidad y en las causas de defunción en las personas con diagnóstico de infección por el VIH, 1985-2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:5-10.
- Agustí C, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:689-90.
- Farnham PG, Gopalappa C, Sansom SL, Hutchinson AB, Brooks JT, Weidle PJ, et al. Updates of lifetime costs of care and quality-of-life estimates for HIV-infected persons in the United States: Late versus early diagnosis and entry into care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;64:183-9.
- Grabmeier-Pfistershammer K, Rieger A, Schröck T, Schlag M. Economic burden of late presentation in HIV disease in Austria: A comparison of the initial costs imposed by advanced HIV disease vs. non-late presentation. *Wien Klin Wochenschr*. 2013;125:402-7.
- Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 < 200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Med*. 2004;5:93-8.
- Girardi E, Sabin CA, d'Arminio A. Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;46 Suppl 3:S3-8.
- Sobrinho-Vegas P, García-San Miguel L, Caro-Murillo AM, Miró JM, Viciano P, Tural C, et al. Delayed diagnosis of HIV Infection in a multicenter cohort: Prevalence, risk, factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res*. 2009;7:224-30.
- Sabin CA, Schwenk A, Johnson MA, Gazzard B, Fisher M, et al., UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Steering Committee. Late diagnosis in the HAART era: Proposed common definitions and associations with mortality. *AIDS*. 2010;24:723-7.
- S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo; Madrid, 2014.
- Mugavero MJ, Castellano C, Edelman D, Hicks C. Late diagnosis of HIV infection: The role of age and sex. *Am J Med*. 2007;120:370-3.
- Oliva J, Galindo S, Vives N, Arrillaga A, Izquierdo A, Nicolau A, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:583-9.
- Mensforth S, Goodall L, Bodasing N, Coultas J. Late diagnosis among our ageing HIV population: A cohort study. *J Int AIDS Soc*. 2014;17 4 Suppl 3:19692.
- Phanuphak P, Lo YR. Implementing early diagnosis and treatment: Programmatic considerations. *Curr Opin HIV AIDS*. 2015;10:69-75.
- Elías MJ, Gomez-Ayerbe C, Muriel A, Calonge ME, Diaz A, Elías PP, et al. Comparison of routine versus targeted HIV testing strategies: Coverage and estimated missed infections in emergency room and primary care centre. *J Int AIDS Soc*. 2014;17 4 Suppl 3:19671.
- Busto MJ, García L, Castela ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:490-6.
- Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:451-4.
- Blanco JR, Locutura J, Jaume MR, Suárez-Lozano I, Von Wichmann MA. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28 Supl 5:1-88.
- Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V, Marchou B, Lang T, NADIS Group. High-risk groups for late diagnosis of HIV infection: A need for rethinking testing policy in the general population. *AIDS Patient Care STDS*. 2006;20:838-47.
- Bokhour BG, Solomon JL, Knapp H, Asch SM, Gifford AL. Barriers and facilitators to routine HIV testing in VA primary care. *J Gen Intern Med*. 2009;24:1109-14.
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. World Health Organization; 1968.
- Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Dery V, et al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: A review of

- screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ.* 2008;86:241–320.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR.* 2006;55(RR-14).
  30. Sanders GD, Anaya HD, Asch S, Hoang T, Golden JF, Bayoumi AM, et al. Cost-effectiveness of strategies to improve HIV testing and receipt of results: Economic analysis of a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2010;25:556–63.
  31. Haukoos JS, Campbell JD, Conroy AA, Hopkins E, Bucossi MM, Sasson C, et al. Programmatic cost evaluation of non-targeted opt-out rapid HIV screening in the emergency department. Sullivan PS, ed. *PLoS ONE.* 2013;8:e81565, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0081565>.
  32. Bassett IV, Giddy J, Nkera J, Wang B, Losina E, Lu Z, et al. Routine voluntary HIV testing in Durban, South Africa: The experience from an outpatient department. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;46:181–6.
  33. Prost A, Griffiths CJ, Anderson J, Wight D, Hart GJ. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): A pilot study. *Sex Transm Infect.* 2009;85:326.
  34. Rayment M, Thornton A, Mandalia S, Elam G, Atkins M, Jones R, et al. HIV testing in non-traditional settings—The HINTS Study: A multi-centre observational study of feasibility and acceptability. Kissinger P, ed. *PLoS ONE.* 2012;7:e39530.
  35. Tiittala PJ, Kivelä PS, Ristola MA, Surcel HM, Koponen PM, Mölsä M, et al. Achieving high acceptability of HIV testing in a population-based survey among immigrants in Finland. *Scand J Public Health.* 2015;43:393–8.
  36. Socías ME, Hermida L, Singman M, Kulgis G, Díaz Armas A, Cando O, et al. Routine HIV testing among hospitalized patients in Argentina. is it time for a policy change? Vermund SH, ed. *PLoS ONE.* 2013;8:e69517.
  37. Hart JT. The inverse care law. *The Lancet.* 1971;297:405–12.

---

## **10.2.- ACEPTABILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

Autor: Rafael Carlos Puentes Torres

Revista: Atención Primaria

Tipo: Carta al director

Año: 2017

Referencia: Puentes Torres RC. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. Aten Primaria 2017;49:124-5.



## CARTA AL EDITOR

### Aceptabilidad de la búsqueda oportunista del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria

#### Acceptability of the opportunistic search for human immunodeficiency virus infection in Primary Care

Sr. Editor:

En respuesta a la carta al editor escrita recientemente, con relación al artículo extraído del estudio VIH-AP<sup>1</sup>, publicado en esta revista nos gustaría hacer los siguientes apuntes:

Si bien nuestro estudio sigue, en líneas generales, las recomendaciones del Ministerio de Sanidad<sup>2</sup> para el diagnóstico precoz del VIH, en lo referente a la oferta rutinaria de la prueba, aunque con un rango de edad más amplio y sin la limitación de residir en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos sean superiores al percentil 75 para el rango de edad estudiado, hemos de resaltar también las obsoletas líneas de recomendación que el mismo documento del Ministerio de Sanidad postula para la oferta dirigida de dicha prueba, indicada por ejemplo para parejas heterosexuales con más de una pareja sexual pero, sin embargo, para todos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de la monogamia que pueda tener dicho colectivo. Estas indicaciones parecen cuanto menos discriminatorias y no hacen más que perpetuar el estigma de la infección por el VIH y los anticuados grupos de riesgo, obligando una vez más al paciente a reconocer datos de la esfera privada en lugar de universalizar la prueba y normalizar su uso.

El grado de aceptación entre los médicos de atención primaria y la factibilidad del cribado fue también analizado y estamos actualmente trabajando en un segundo artículo considerando esta cuestión que esperamos pueda ser publicado en breve.

Nos gustaría hacer hincapié en el hecho de que el motivo principal de nuestro estudio fue medir la aceptabilidad de ofertar la prueba de forma oportunista, no diagnosticar casos de VIH *a priori*, ni realizar análisis de coste-efectividad. Por este motivo excluimos del estudio a todos aquellos pacientes cuya determinación de VIH fuese

una búsqueda dirigida, esto es, embarazadas, ya que esta prueba se incluye en el protocolo habitual, y pacientes que acudiesen a consulta con motivo de una exposición de riesgo de contagio. También excluimos a aquellos que tuviesen alguna determinación serológica previa, ya que entendemos que aceptaron la prueba en su momento y podrían sesgar nuestros datos actuales. No nos centramos en analizar los casos diagnosticados a raíz de nuestro estudio porque, en términos de aceptabilidad, no era relevante el resultado de la serología. En resumen, reunimos todas las condiciones para medir puramente la aceptabilidad de la prueba, aunque esto supusiera diagnosticar menos casos de VIH, y aun así encontramos una prevalencia del 0,24%. Asumimos que la prevalencia habría sido aún mayor de haber hecho una búsqueda universal incluyendo a todos los pacientes a los que se les fuese a realizar una analítica sanguínea, por lo que podemos afirmar que el cribado es coste-efectivo en cualquier caso.

Coincidimos en que el bajo coste de la serología del VIH debería ser perfectamente asumible en cualquier analítica, sin restricciones de los organismos superiores, más aún cuando su coste-efectividad viene avalada por numerosos estudios<sup>3-5</sup>.

## Bibliografía

1. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Aten Primaria*. 2015; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.005>.
2. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitaria [consultado 7 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIADXVIH.pdf>
3. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MP, Martín Gómez C. Cribado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria: aceptación por pacientes y médicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:424-31.
4. Prost A, Griffiths CJ, Anderson J, Wight D, Hart GJ. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.015>

0212-6567/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Puentes Torres RC. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.015>

- registering with primary care in London (UK): A pilot study. *Sex Transm Infect.* 2009;85:326.
5. Haukoos JS, Campbell JD, Conroy AA, Hopkins E, Bucossi MM, Sasson C, et al., Denver ED HIV Opt-Out Study Group. Programmatic cost evaluation of nontargeted opt-out rapid HIV screening in the emergency department. *PLoS One.* 2013;8:e81565.

Rafael Carlos Puentes Torres

*Centro de Salud Frölunda, Närhälsan, Gotemburgo, Suecia*  
Correo electrónico: [rafapuentes82@gmail.com](mailto:rafapuentes82@gmail.com)



---

### **10.3.- ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DE VIH EN LOS CENTROS DE SALUD DE ESPAÑA.**

Autores:     Rafael Carlos Puentes Torres  
                  Cristina Aguado Taberné  
                  Luís Ángel Pérula de Torres  
                  José Espejo Espejo  
                  Cristina Castro Fernández  
                  Luís Fransi Galiana

Revista:     Atención Primaria

Tipo:        Artículo original

Año:         2017

Referencia: Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunista de VIH en los centros de salud de España. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.02.003 (pendiente de publicación en papel).



ORIGINAL

## Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunistista de VIH en los centros de salud de España<sup>☆</sup>

Rafael Carlos Puentes Torres<sup>a,\*</sup>, Cristina Aguado Taberné<sup>b</sup>,  
Luis Ángel Pérula de Torres<sup>c</sup>, José Espejo Espejo<sup>b</sup>,  
Cristina Castro Fernández<sup>b</sup> y Luis Fransi Galiana<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Närhälsan Frölunda, Västra Frölunda, Göteborg, Suecia

<sup>b</sup> Centro de Salud Santa Rosa, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

<sup>c</sup> Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Córdoba y Guadalquivir, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

<sup>d</sup> Centro de Salud Monteporreiro, SERGAS, Pontevedra, España

Recibido el 2 de marzo de 2016; aceptado el 20 de febrero de 2017

### PALABRAS CLAVE

Virus de la  
inmunodeficiencia  
humana;  
Detección precoz;  
Cribado oportunista;  
Aceptabilidad

### Resumen

**Objetivo:** Valorar la aceptabilidad y la factibilidad de la búsqueda oportunistista del VIH por parte de los profesionales de atención primaria. Conocer el perfil del médico que participa en este tipo de estudio.

**Diseño:** Estudio observacional, transversal.

**Emplazamiento:** Centros de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

**Participantes:** Médicos de familia y residentes que participaron en el estudio VIH-AP para medir la aceptabilidad de la búsqueda oportunistista del VIH por parte de los pacientes.

**Mediciones principales:** Mediante encuesta autocumplimentada se determinó: edad, sexo, cualidad de docente, años de investigación, tiempo trabajando con el mismo cupo, aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunistista del VIH.

**Resultados:** Un total de 197 médicos con una media de edad de  $45,2 \pm 9,7$  (DT) años. El 18,8% eran menores de 36 años, el 70,1% mujeres y el 62,4% docentes. El 55,8% trabajaban en localidades mayores de 100.000 habitantes y la media de años ocupando el mismo cupo fue de  $6,4 \pm 6,6$ . El 91,9% (IC 95%: 88,1-98,7) consideró la búsqueda oportunistista del VIH aceptable, el

<sup>☆</sup> Este trabajo obtuvo el premio IMIBIC a la mejor comunicación en las XIV Jornadas científicas de Medicina Familiar y Comunitaria que se desarrollaron en Córdoba el 28 de marzo de 2014.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rafapuentes82@gmail.com](mailto:rafapuentes82@gmail.com) (R.C. Puentes Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.003>

0212-6567/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Puentes Torres RC, et al. Aceptabilidad y factibilidad entre los médicos de atención primaria de la búsqueda oportunistista de VIH en los centros de salud de España. Aten Primaria. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.003>

**KEYWORDS**

Human  
immunodeficiency  
virus;  
Early detection;  
Case finding;  
Patient acceptance

89,3% (IC 95%: 85,0-93,6), factible de realizar, mostrando el análisis multivariante relación positiva con el realizar actividad docente (OR: 2,74; IC 95%: 1,16-6,49). La aceptación de la prueba por parte de los pacientes fue del 93,1%, y esta se relacionó positivamente con el tiempo que el médico había trabajado en el mismo cupo, la cualidad de docente y los años dedicados a la investigación.

**Conclusiones:** La búsqueda oportunista del VIH es un método aceptable y factible para los profesionales de atención primaria.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Acceptability and feasibility among primary care doctors of the opportunistic search for HIV in Health Care centers in Spain

**Abstract**

**Objective:** To evaluate the acceptability and feasibility of the opportunistic search of HIV according to primary care doctors' experience. To set up the profile of the physician involved in this study.

**Design:** Observational, transversal study.

**Location:** Primary Care Centers of the National Health System.

**Participants:** General practitioners and residents who participated in VIH-AP study to measure the acceptability of HIV opportunistic search by patients.

**Main measurements:** Self-filling survey to collect data on age, sex, teaching skills, amount of years dedicated to research, time working with the same quota of patients, acceptability and feasibility of opportunistic HIV search.

**Results:** A total of 197 physicians with a mean age of  $45.2 \pm 9.7$  (SD) years. 18.8% were under 36 years old, 70.1% were women and 62.4% had teaching skills. 55.8% worked in towns with a population over 100,000 inhabitants and the mean of years working with the same quota of patients was  $6.4 \pm 6.6$ . 91.9% (95% CI: 88.1-98.7) of them considered the opportunistic search of HIV acceptable and 89.3% (95% CI: 85.0-93.6), feasible to perform. The multivariate analysis showed positive relation between the acceptability/feasibility and teaching skills (OR: 2.74; 95% CI: 1.16-6.49). The acceptance of the screening by patients was 93.1% and this was positively related to how long the doctor had worked with the same quota, teaching skills and the amount of years dedicated to research.

**Conclusions:** HIV opportunistic search is an acceptable and feasible method for primary care professionals.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

La epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) iniciada en los años ochenta del siglo pasado sigue siendo un tema de actualidad en nuestros días dado que, si bien los tratamientos para ralentizar la evolución de la infección son cada vez más efectivos<sup>1-3</sup>, los métodos para prevenir y diagnosticar de forma temprana esta enfermedad no son tan exitosos, y el número de personas infectadas crece cada año<sup>4</sup>.

Esta expansión se ve favorecida por la fracción infradiagnosticada de VIH que aún existe, cercana al 30%, que es responsable del 54% de los nuevos contagios. También influye el alto porcentaje de diagnósticos tardíos, esto es, susceptibles de tratamiento en el momento del diagnóstico, que asciende al 46,6% según los últimos registros<sup>5,6</sup>.

Mucho se ha discutido acerca del escenario para la búsqueda del VIH, y sobre cuál es la mejor estrategia para este fin. Numerosos estudios señalan a atención primaria como

el entorno idóneo para dicha labor, ya que más del 80% de la población acude a su centro de salud al menos una vez al año<sup>7,8</sup>. No obstante, se estima que solo el 30% de las serologías de VIH son solicitadas desde atención primaria en España. Quizá estemos ante un problema de concienciación frente a esta infección que no solo ataña a la población general, sino también a los profesionales de la salud, encargados en primera línea de realizar un diagnóstico temprano con los medios de los que disponen a su alcance, venciendo las barreras que hasta ahora producen un retraso en el diagnóstico<sup>9</sup>.

También se ha debatido sobre cuál es la mejor estrategia para detectar la infección por el VIH entre la población general. La búsqueda oportunista como estrategia de cribado del VIH viene avalada por numerosos estudios<sup>10,11</sup>. Los criterios para orientar las decisiones sobre los programas de cribado están recogidos en múltiples textos, con gran concordancia entre ellos. La mayor parte de estos citan los criterios descritos por Wilson y Jungner<sup>12</sup> en 1968 y publicados en

un informe de la Organización Mundial de la Salud. Entre estos requisitos se encuentran el de la aceptabilidad por parte de la población diana y de los profesionales de salud implicados, y el de la factibilidad de poner en práctica el programa o la actividad de cribado. Aunque las evidencias sobre otros factores a tener muy en cuenta, como son la magnitud del problema de salud a cribar, la validez y fiabilidad del método, o la eficacia, efectividad y eficiencia de la intervención, suelen estar respaldados por estudios previos, con poca frecuencia se analiza la aceptabilidad y factibilidad de las intervenciones preventivas.

Somos conscientes de que, en cuanto al proceso de reclutamiento de los médicos investigadores, existe la posibilidad de que aquellos que se ofrecieron voluntariamente a participar tengan una especial sensibilización ante el tema, por lo que, intentando analizar este posible sesgo de selección, decidimos estudiar el perfil del médico concienciado con la búsqueda del VIH para así ver cuánto distaba del perfil medio de los médicos de nuestro país<sup>13</sup>. De esta forma conoceremos en qué grupos de profesionales cabría hacer mayor hincapié para aumentar el interés en relación con esta enfermedad y con su diagnóstico precoz.

El objetivo del presente estudio fue, por tanto, estimar en qué grado los médicos de atención primaria consideran aceptable y factible a la vez realizar el cribado de VIH entre la población que acude a los centros de salud en demanda de una determinada prueba, en este caso una analítica. Además, se consideró interesante saber qué características del médico están asociadas a una mayor aceptación de la prueba por parte de los pacientes.

## Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se pretendía reclutar un mínimo de 100 médicos que trabajasen en centros de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) para participar en el estudio VIH-AP<sup>10</sup>, uno de cuyos objetivos fue valorar la aceptabilidad por parte de los pacientes de ofertar la prueba del VIH en los centros de salud utilizando como estrategia la búsqueda oportunista. Además de ello, y una vez terminada la parte del estudio relativa a los pacientes, se decidió conocer también el perfil del médico interesado en participar en estudios sobre el VIH, y si dicho perfil podría influir en la decisión de los pacientes de someterse o no a la prueba.

Mediante un e-mail masivo enviado a todos los socios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y la divulgación del estudio entre los investigadores registrados en la base de datos de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, se reclutaron un total de 208 médicos de 150 diferentes centros de salud distribuidos por todo el territorio español, que llevaron a cabo el trabajo de campo entre noviembre de 2013 y marzo de 2014. Este tamaño muestral nos permite realizar inferencias con una precisión del 97,8% (amplitud del intervalo de confianza de  $\pm 2,2\%$ ), para una proporción esperada de «aceptabilidad» del 50% (máxima incertidumbre) y un error alfa del 5% (nivel de confianza del 95%).

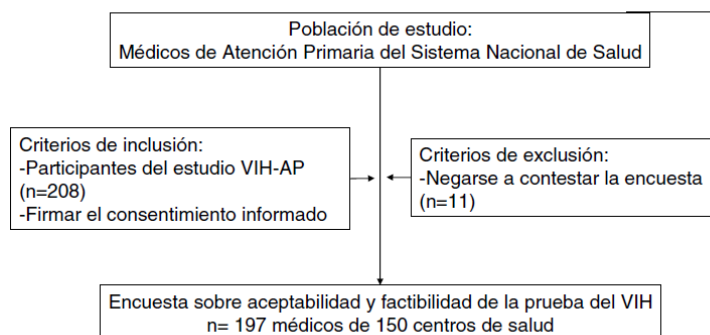
A cada investigador se le asignó un código, como también se hizo con cada centro de salud, para garantizar la

explotación no nominal de los datos. Los centros se dividieron según la población donde estos se ubicaban, clasificándola en menos de 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000 y más de 100.000. Una vez terminado el trabajo con los pacientes, se pidió a los médicos rellenar un cuestionario donde se recogieron datos socio-demográficos (año de nacimiento y sexo) así como datos relacionados con su formación y experiencia que pudieran influir en la aceptación de los pacientes hacia el test de VIH (cualidad de ser o no docente, número de años dedicados a la investigación y tiempo trabajando con el mismo cupo de pacientes). Estos datos se contrastaron con los últimos informes de la Organización Médica Colegial que recogen el perfil medio de los médicos de España<sup>13</sup>. Se les pidió también su opinión personal sobre la aceptabilidad y factibilidad de este cribado, entendiendo por «aceptable» el hecho de que atención primaria sea un entorno o nivel de atención adecuado para profesionales y pacientes para realizar la búsqueda oportunista del VIH aprovechando la petición de una analítica sanguínea que se fuera a realizar para cualquier otro fin, y por «factible» el que esto pueda llevarse a cabo teniendo en cuenta las circunstancias y los medios y recursos de que se dispone en dicho ámbito (tiempo por paciente, presión asistencial, objetivos del centro, accesibilidad a la solicitud de la prueba, relación médico-paciente, etc.). Estas últimas variables se midieron con respuesta dicotómica sí/no.

Se analizaron los resultados obtenidos mediante los programas estadísticos SPSS v. 17.0 y Epidat 3.1. Se utilizaron parámetros descriptivos (medidas de tendencia central, de dispersión y posición para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas, con cálculo de los intervalos de confianza para el 95% de seguridad [IC 95%]), seguido de un análisis inferencial ( $p \leq 0,05$ , contrastes bilaterales) para comprobar qué variables independientes del médico se hallaban asociadas a la aceptabilidad de la prueba, con la aplicación del test Ji-cuadrado ( $\chi^2$ ) o test exacto de Fisher, el test de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, y el coeficiente de correlación de Spearman, tras verificar con el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov que las variables cuantitativas contempladas no seguían una distribución normal. Por último se realizó un análisis multivariante, mediante regresión logística múltiple, para determinar de qué factores dependían la aceptabilidad y la factibilidad del cribado, creando una variable producto de ambas variables. Para ello, y siguiendo el método «enter» del programa SPSS, se elaboró un modelo de regresión logística múltiple. Las variables cualitativas ordinales fueron tratadas como variables «dummy». Se usó la prueba de Hosmer-Lemeshow para comprobar la bondad de ajuste del modelo de regresión.

Se solicitó el consentimiento informado a los profesionales, que debieron firmar una hoja de compromiso antes de comenzar el trabajo de campo del estudio. Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, de la Comisión Central de Investigación de Madrid y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), y ha sido avalado por de la semFYC y por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).





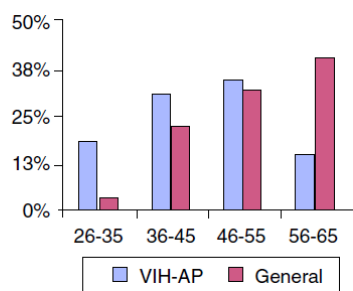
Esquema general del estudio.

## Resultados

Los cuestionarios fueron enviados a 310 médicos que mostraron interés en participar en el estudio VIH-AP, de los cuales finalmente participaron 208. De estos 208 médicos participantes, 197 devolvieron el cuestionario correctamente cumplimentado (94,7%). La media de edad fue de  $45,2 \pm 9,7$  años (desviación típica [DT]; límites: 26-65; IC 95%: 43,8-46,6). La figura 1 muestra la comparación de la distribución por grupos de edad (años) de los médicos participantes en el estudio VIH-AP con la de médicos de los centros de atención primaria españoles según datos de la Organización Médica Colegial. De los participantes, el 70,1% eran mujeres, y el 62,4% afirmaron ser docentes. La media de años dedicados a la investigación fue de  $6,0 \pm 7,9$  (mediana: 2 años; límites: 0-30; IC 95%: 4,9-7,2).

Respecto a las poblaciones en las que se llevó a cabo el trabajo de campo, el 55,8% de los médicos trabajaban en localidades mayores de 100.000 habitantes, el 8,6% en poblaciones de entre 50.001 y 100.000 habitantes, el 17,3% en aquellas de entre 10.001 y 50.000 habitantes y el 18,3% en las que tenían menos de 10.000 habitantes.

La media de tiempo trabajando con el mismo cupo de pacientes fue de  $6,4 \pm 6,6$  años (mediana: 4,9 años; límites: 1 mes-36 años; IC 95%: 5,4-7,3). Cada médico logró captar una media de 16,8 pacientes para el estudio VIH-AP (moda: 24 pacientes/médico; límites: 1-28; IC 95%: 15,6-17,9; n = 3.314 pacientes).



**Figura 1** Comparación de la distribución por grupos de edad (años) de los médicos participantes en el estudio VIH-AP con la de médicos de los centros de atención primaria españoles según datos de la Organización Médica Colegial.

Una vez finalizado el trabajo de campo del estudio VIH-AP, el 91,9% (IC 95%: 88,1-98,7) de los médicos refirieron considerar aceptable la búsqueda oportunista de pacientes como medida de detección de la infección por VIH, y el 89,3% (IC 95%: 85,0-93,6) factible, marcando como problema o condicionante más relevante para que ello no sea así el escaso tiempo por paciente que se tiene en consulta actualmente. Un 83,4% de los médicos (IC 95%: 78,9-98,6) consideran el cribado a la vez aceptable y factible.

Mediante análisis bivariado, las variables que mostraron asociación con la aceptabilidad/factibilidad de la prueba de cribado fueron el ser docente (90,2% entre los que lo estiman aceptable/factible vs. 74,3% entre los que no;  $\chi^2$ : 8,831; p=0,003), dedicarse a la investigación (6,46 vs. 3,87 años, respectivamente; test de Mann-Whitney; p=0,050) y el tamaño de la población donde trabaja el profesional (mayor aceptación/factibilidad en poblaciones > 100.000 habitantes: 90,9%;  $\chi^2$ : 8,539; p=0,036). El análisis multivariante reflejó que la única variable que se asocia con la aceptabilidad/factibilidad percibida por el médico es el realizar actividad docente (OR: 2,74; IC 95%: 1,16-6,49) (tabla 1).

Entre los pacientes se alcanzó una aceptación de la prueba del 93,1% (IC 95%: 92,2-93,9). No se encontraron diferencias significativas de aceptación en función de la edad del médico (test de Kruskal-Wallis, p=0,688) ni del sexo (test de Mann-Whitney, p=0,985). Se encontró una correlación débil entre la aceptación por parte de los pacientes y los años que el médico había dedicado a la investigación (r de Spearman: 0,166; p=0,021), así como el tiempo trabajando en el mismo cupo (r de Spearman: 0,153; p=0,034), además de una mayor aceptación cuando el médico era docente (test de Mann-Whitney; p=0,002) y en poblaciones de más de 50.000 habitantes (test de Kruskal-Wallis; p=0,021).

## Discusión

En este estudio se sugiere que la búsqueda oportunista del VIH desde atención primaria es un método de cribado que sería aceptado y considerado como factible por una mayoría de médicos de familia que trabajan en el SNS de nuestro país. A esto hay que sumar, tal y como pudimos constatar en el estudio VIH-AP<sup>10</sup>, que los pacientes que acuden al centro de salud para realizarse una analítica de sangre también lo aceptan mayoritariamente. No hemos encontrado en la

**Tabla 1** Variables analizadas en su relación con la aceptabilidad/factibilidad de la prueba del VIH mediante regresión logística múltiple

Variables	OR	IC 95%
<i>Grupos de edad (años)</i>		
26 a 35	1,00	–
36 a 45	1,35	0,41-4,44
46 a 55	1,22	0,35-4,19
56 a 65	1,55	0,30-8,00
<i>Sexo (varón vs. mujer)</i>	1,99	0,84-4,71
<i>Habitantes de la localidad del centro del profesional</i>		
< 10.000	1,00	–
De 10.001 a 50.000	0,63	0,19-2,04
De 50.001 a 100.000	0,62	0,14-2,75
> 100.000	2,37	0,78-7,22
<i>Tiempo trabajando en el cupo médico</i>	1,00	0,99-1,09
<i>Labor docente</i>	2,74	1,16-6,49
<i>Realiza investigación</i>	1,02	0,98-1,09
<i>Número de pacientes captados para el estudio VIH-AP</i>	1,03	0,98-1,09

IC 95%: intervalo de confianza para el 95%; OR: odds ratio; variable dependiente: aceptabilidad/factibilidad de la prueba.  
 n = 197; test Ómnibus: 40,009; p < 0,001; test de Hosmer y Lemeshow: 4,027; p = 0,855.

bibliografía estudios similares con los que comparar nuestros resultados de aceptabilidad y factibilidad.

La implantación de un programa de cribado supone una importante inversión y la intervención en un numeroso grupo de personas para detectar un relativamente pequeño número de casos. Por eso debe existir una evaluación completa del programa. La prueba debe ser aceptable para la población diana, teniendo en cuenta la diversidad social y cultural, y las peculiaridades de grupos desfavorecidos. Se deben considerar y prever los aspectos que pueden influir en la aceptabilidad de la prueba, tanto por la población cribada como por el personal sanitario. Esto puede incluir cuestiones relativas a la facilidad de uso, las molestias que ocasiona o el pudor, y también a los riesgos reales y percibidos. Para que el programa de cribado alcance sus objetivos y resulte coste-efectivo es esencial que tenga una aceptación elevada entre la población diana, de manera que asegure una adecuada participación. Para evaluar esta aceptación se debe haber realizado previamente algún estudio como el del presente artículo, con el fin de averiguar la opinión de los actores de esta acción. Los costes de un programa de cribado se deben considerar en su conjunto, y no analizar únicamente la eficacia y eficiencia de la prueba inicial. Además, habrá que hacer una valoración del impacto del programa en el sistema de salud. En primer lugar, habrá que evaluar cómo se están realizando hasta ese momento la prevención y el control del problema de salud en cuestión; en segundo lugar habrá que valorar cómo se va a integrar el cribado en esa realidad y qué repercusiones (demanda, uso de recursos, listas de espera, etc.) tendrá sobre el sistema en su conjunto. Hay que tener en cuenta que los recursos que consuma el programa no podrán ser destinados a otras acciones de salud (coste-oportunidad)<sup>14</sup>.

Dados los preocupantes datos del análisis de la situación actual del VIH en nuestro país en cuanto a prevalencia y diagnósticos tardíos<sup>5</sup>, y en favor de disminuir la fracción oculta de personas infectadas por el VIH que no conocen su estado

serológico, podemos afirmar que dicha estrategia de búsqueda, caracterizada por eliminar las clásicas barreras que existían para el diagnóstico de esta enfermedad, ha constatado su amplia aceptación por profesionales y pacientes y debería ser tenida en cuenta por las autoridades sanitarias y los organismos expertos en el tema, postulando su recomendación en las guías de práctica clínica o en programas preventivos como el PAPPs.

Una vez descritas las características demográficas y laborales del médico de familia interesado en participar en investigaciones como esta, centrada en el VIH, nos parece de interés compararlas con el perfil medio de los médicos de familia de nuestro país. No obstante, las únicas variables registradas en la bibliografía corresponden a la edad, el sexo y el tamaño de la población donde se ejerce la actividad asistencial, datos publicados por la Organización Médica Colegial<sup>13</sup>. Aun así podemos hablar de una gran discrepancia, dado que en 2015 la proporción de mujeres médicos en España era del 54,2%, mientras que en este estudio el porcentaje asciende al 70,1%. Respecto a la edad por tramos, en este estudio el 15,2% de los médicos tenían entre 26 y 35 años, el 31,5% entre 36 y 45 años, el 34,5% se encontraban entre los 46 y 55 años de edad y el 15,2% eran mayores de 56 años. Según los datos generales de médicos de España, el 4% se encuentran en el primer tramo, el 23% en el segundo, el 32% en el tercero y el 41% en el tramo de mayor edad. Se observa, por lo tanto, una mayor proporción de médicos jóvenes entre los participantes en el presente estudio. Respecto al tamaño de la población, aunando tramos para poder realizar comparaciones con la bibliografía reciente, encontramos que en este estudio el 64,4% de los médicos trabajan en poblaciones de más de 50.000 habitantes, mientras que en la media nacional esta proporción es del 40,7%.

El hecho de que el perfil nacional de los médicos de familia no coincida con el hallado entre los colaboradores de este estudio en cuanto a edad y sexo podría deberse a la mayor



formación recibida y sensibilización entre las nuevas generaciones de médicos respecto a la infección por el VIH, o a que incluímos investigadores residentes en los últimos años de formación, así como el aumento de la proporción de mujeres en esta profesión que se han incorporado en las últimas décadas. Esto podría ser relevante a la hora de planificar y poner en marcha estrategias para concienciar a los profesionales de la salud sobre la importancia del VIH en nuestros días, para así hacer mayor hincapié en aquellos grupos en los que el interés por esta enfermedad es menor, que parecen ser profesionales varones y de mayor edad. Para este fin cabría hacer entre ellos una mayor difusión de aquellos estudios que a día de hoy ya avalan la búsqueda oportunista, así como actividades formativas de actualización de conocimientos en torno a esta enfermedad.

Es llamativa la gran proporción de investigadores de este estudio que trabajan en poblaciones de más de 50.000 habitantes respecto a la media nacional, lo cual parece indicar una mayor preocupación por esta enfermedad en los profesionales que realizan su labor en ámbitos urbanos como son las grandes ciudades. También hay que señalar el dato surgido del análisis bivariado, que muestra que el tamaño de la población donde se desarrolla la actividad influye en la aceptabilidad percibida por el médico, siendo esta menor entre los médicos que trabajan en poblaciones medianas, y por lo tanto quizá sea en estas donde haya que reforzar los intentos por concienciar al personal sanitario de la importancia de la infección por el VIH. Cabe recordar, no obstante, que la facilidad para llevar a cabo estudios de investigación es mayor en poblaciones grandes por el anonimato que tienen los individuos en comparación con las poblaciones más pequeñas. Estas diferencias entre poblaciones se acentúan más aún cuando la patología a estudiar está asociada a prácticas de riesgo relacionadas con la esfera íntima de las personas, hecho que parece suponer una barrera no solo por parte de los pacientes, sino también por parte de los profesionales de dichas poblaciones, que ven menos aceptable la búsqueda oportunista del VIH, quizá por temor a herir la sensibilidad de los pacientes ofertando esta prueba.

El elevado porcentaje de médicos que consideran aceptable y factible esta estrategia de búsqueda del VIH puede estar sobreestimado por el hecho de que probablemente decidieron participar en nuestro estudio los médicos más atraídos o motivados por el tema. No obstante, y a pesar de ese sesgo de autoselección, son cifras muy elevadas a tener en cuenta. El hecho de que sea más factible para los médicos con más años dedicados a la investigación es esperable y se podría deber a la propia experiencia en este campo. De igual modo sucede con la cualidad de ser docente y la aceptabilidad y factibilidad en conjunto.

Respecto a la aceptación de la prueba por parte de los pacientes, resulta positivo apreciar que esta no depende del sexo ni de la edad del investigador, ya que esto se traduce en que cualquier médico puede llevar a cabo este tipo de búsqueda. También parece importante el tiempo que el médico lleva trabajando con el mismo cupo, ya que la base de la medicina de familia es la relación de confianza con el paciente que surge a partir de la continuidad asistencial.

Como limitaciones de este estudio, además del posible sesgo de selección ya mencionado, cabe mencionar que debido al incremento del coste adicional que supone añadir

la prueba del VIH a una analítica cualquiera, en la Comunidad de Madrid se limitó el estudio entre sus trabajadores, y la gerencia autorizó su realización a un máximo de 5 pacientes por médico. Si bien esto no influye en las características del médico interesado en el VIH y sus datos sociodemográficos, sí puede haber influido en su visión de la aceptabilidad y factibilidad de la prueba al haber estado su experiencia en el estudio mermada. Dadas las anteriores limitaciones y sesgos, debemos ser prudentes a la hora de extrapolar los resultados obtenidos a la totalidad de los profesionales de la salud.

Además de su relevancia por lo actual del tema y por la falta de información en la bibliografía sobre estudios previos similares, este estudio abre nuevos caminos en la investigación y el diagnóstico de la infección por el VIH desde atención primaria y sería oportuno comparar nuestros datos con la aceptabilidad y la factibilidad de otros métodos de cribado. Es importante señalar que la búsqueda oportunista se presenta como una propuesta de mejora respecto a la búsqueda dirigida en situaciones de riesgo al universalizar la oferta de la prueba del VIH, eliminando así las barreras y estigmas que esta infección sigue suponiendo en nuestros días tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, y abarcando una mayor proporción de la población, lo cual ayudaría a disminuir no solo la fracción no diagnosticada del VIH, sino también el diagnóstico tardío, con la consecuente mejora de la calidad asistencial y del pronóstico de la enfermedad. Por último, cabe recordar que los métodos de cribado del VIH en atención primaria no son excluyentes sino sumatorios, por lo que las nuevas estrategias de búsqueda que surgen en torno a esta enfermedad y que tienen probada efectividad y aceptabilidad, según avalan los actuales estudios, como es el caso de la búsqueda oportunista, podrían ser incorporadas a la rutina habitual como un complemento más que enriquecería y mejoraría nuestra labor asistencial de cara a alcanzar los objetivos de diagnóstico mencionados.

Concluimos postulando que la búsqueda oportunista del VIH entre aquellos pacientes a los que por algún otro motivo haya que hacer una analítica sanguínea en los centros de atención primaria de nuestro país es un método aceptable y factible con los medios con los que contamos actualmente, según la opinión de los propios profesionales sanitarios. Si bien podría ser llevada a cabo por cualquier médico, el perfil medio obtenido en nuestro estudio corresponde a médicos jóvenes y del sexo femenino, que además trabajan en grandes ciudades. Este perfil se relaciona con una alta aceptabilidad y factibilidad según nuestros resultados. El tiempo trabajando en el mismo cupo, y por ende la relación médico-paciente, es un punto clave en la aceptación de la prueba por parte de los pacientes.

Este estudio da pie a responder a futuros interrogantes que incrementen el interés y la concienciación por el VIH entre los médicos de atención primaria de nuestro país —especialmente aquellos que distan del perfil de nuestros participantes—, abre nuevas vías de actuación en cuanto al diagnóstico precoz de esta infección y podría ser relevante en próximas investigaciones que comparen otros aspectos sociolaborales no estudiados que influirían en la aceptabilidad y la factibilidad de la prueba por parte de los profesionales de salud.

### Lo conocido sobre el tema

- Se estima que el 30% de los infectados por VIH en España no están aún diagnosticados.
- La CDC recomienda la estrategia «opt out» para el cribado del VIH.
- La estrategia «opt out» es coste-efectiva cuando la prevalencia en la población es mayor del 0,1%

### Qué aporta este estudio

- Se comprueba que la búsqueda oportunista del VIH es un método aceptado por los médicos de atención primaria de España y es factible llevarla a cabo.
- Se define el perfil del médico interesado en el VIH y se compara con el perfil general de los médicos de atención primaria.
- Se analizan los factores de los que depende la aceptabilidad de la búsqueda oportunista del VIH tanto por parte de los pacientes como por parte de los médicos.

### Responsabilidades éticas

Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, de la Comisión Central de Investigación de Madrid y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

### Financiación

Este proyecto ha recibido una ayuda de la semFYC (ayudas «Isabel Fernández» a tesis doctorales, 2014) y otra de la SAMFYC (proyectos de tesis doctorales «Isabel Fernández», 2014, Ref.118/14).

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Al grupo colaborador VIH-AP ([anexo 1](#)).

A la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

A la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).

A la Organización Médica Colegial (OMC).

### Anexo 1. Miembros del grupo colaborador Estudio VIH-AP

Aguarón Joven, Eva, C.S. Avda. Ramón y Cajal. Huesca  
Aguilar García, María Dolores, EAP Aguilar de Campoo, Aguilar de Campoo (Palencia)

Aguilar Shea, Antonio Luis, C.S. Cerceda, Cerceda (Madrid)  
Almazán Marchamalo, Raquel, C.S. Can Gibert del Pla, Girona  
Almenar Almenar, Rafael, C.S. República Argentina, Valencia  
Almenara Abellán, José Luis, C.S. Rafael Flórez Crespo, Posadas (Córdoba)  
Alonso Arizcun, Belén, C.S. Los Pintores, Parla (Madrid)  
Álvarez Villalba, María del Mar, C.S. Mendiguchía Carri-che, Leganés (Madrid)  
Amézquita de los Santos, Larissa Analías, C.S. Levante Sur, Córdoba  
Amián Novales, Myriam, C.S. Rute, Rute (Córdoba)  
Angulo Pajuelo, José Manuel, C.S. Doña Mencía, Doña Mencía (Córdoba)  
Antequera Medina, Inmaculada, C.S. Los Rosales, Madrid  
Arjona García, Verónica, C.S. Rafael Flórez Crespo, Posadas (Córdoba)  
Arnáiz de las Revillas Arroyo, Jesús María, C.S. Cotolino I, Castro-Urdiales (Cantabria)  
Arzuaga Casado, Santiago, C.S. Roses, Roses (Girona)  
Avelino Hidalgo, Eugenia, C.S. Nazaret, Valencia  
Bada Sánchez, Milagros, C.S. Riaño, Langreo (Asturias)  
Barcones Gómez, Carlos, C.S. Santa Rosa, Córdoba  
Bartolomé Moreno, Cruz, U.D. MFyC sector Zaragoza 1, Zaragoza  
Bastida Piné, Irene, C.S. Ronda histórica, Sevilla  
Baza Bueno, Mikel, C.S. San Ignacio, Bilbao (Vizcaya)  
Berná Guisado, Concepción, C.S. Tijarafe, Tijarafe (Santa Cruz de Tenerife)  
Blanquer Gregori, José Francisco Javier, C.S. San Blas, Alicante  
Blázquez Bejarano, Mercedes, C.S. Zaidín Sur, Granada  
Bravo Martín, Isabel, C.S. Barcelona, Móstoles (Madrid)  
Buitrago Ramírez, Francisco, C.S. La Paz, Badajoz  
Burgasé Oliván, Carmen, C.S. Avda. Ramón y Cajal, Huesca  
Caba Martín, Adoración, Consultorio de Peñuelas, Láchar (Granada)  
Cacereño Jiménez, Belén, C.S. Escola Graduada, Palma de Mallorca (Baleares)  
Cachón Rodríguez, María Luisa, C.S. José María Llanos, Madrid  
Callejo Giménez, Elvira, C.S. Circunvalación, Valladolid  
Calvo García, Esperanza, C.S. Cerceda, Cerceda (Madrid)  
Cámara Escribano, Carmen, C.S. 2 de Mayo, Móstoles (Madrid)  
Canellas Criado, Yolanda, C.S. Monóvar, Madrid  
Carceller Layel, María Visitación, C.S. Getaria, Getaria (Guipúzcoa)  
Casablancas Figueras, Sira, C.S. Casanova, Barcelona  
Casado Martínez, Alejandro, C.S. Carlos Castilla del Pino, Córdoba  
Casanova Colominas, José María, C.S. Virgen de Begoña, Madrid  
Castro Fernández, Cristina, C.S. Santa Rosa, Córdoba  
Castro Moreno, Jaime Jesús, C.S. La Carlota, La Carlota (Córdoba)  
Cebrián Martín, Carlos, C.S. Actur Norte, Zaragoza  
Ciria de Pablo, Cristina, C.S. Torrelodones, Hoyo de Manzanares (Madrid)



- Cobo Rodríguez, María Rosario, C.S. Verín, Verín (Ourense)  
 Conejero Deltell, Almudena, C.S. Barrio del Pilar, Madrid  
 Cuixart Costa, Lluís, C.S. Roger de Flor, Barcelona  
 Daza Ramos, Francisca, C.S. Montefrío, Montefrío (Granada)  
 de Andrés Cara, Isabel, C.S. Levante Sur, Córdoba  
 de Cos Rodríguez, Purificación, C.S. Txurdinaga, Bilbao (Vizcaya)  
 de la Cámara González, Cristina, C.S. General Ricardos, Madrid  
 de la Fuente Arriarán, Dolores, C.S. Sector III, Getafe (Madrid)  
 de la Peña Antón, Nuria, C.S. El Restón, Valdemoro (Madrid)  
 de la Peña López, Lorenzo, C.S. Covadonga, Torrelavega (Cantabria)  
 de la Torre Merinero, Eva María, C.S. Pere Garau, Palma de Mallorca  
 de Miguel Feu, Miguel Ángel, C.S. José Marva de Madrid, Madrid  
 del Pozo Guzmán, Rafael, C.S. Azahara, Córdoba  
 Díaz de Tuesta Díaz de Lezana, Elvira, C.S. Prosperidad, Madrid  
 Díaz-Pintado García, María Teresa, C.S. Poniente, La Línea de la Concepción (Cádiz)  
 Díez Huidobro, Helena, C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte (Madrid)  
 Duce Tello, Susana, C.S. Orcasitas, Madrid  
 Durán Serrat, Manuel, C.S. Sector Sur, Córdoba  
 Ellingson García, Sandra, C.S. Valsequillo, Valsequillo (Las Palmas de Gran Canaria)  
 Espejo Espejo, José, C.S. Santa Rosa, Córdoba  
 Fandos Olona, Josep María, C.S. Just Oliveras, l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)  
 Feliú Sagala, Margarita, C.S. Campamento, Paterna (Valencia)  
 Fernández Alcón, Elena, C.S. Buenos Aires, Vallecas (Madrid)  
 Fernández Fernández, María Jesús, C.S. Santa Rosa, Córdoba  
 Fernández García, José Ángel, Consultorio de Villarrubia, Villarrubia (Córdoba)  
 Fernández García, María Lourdes, C.S. Lucena II, Lucena (Córdoba)  
 Fidalgo Baz, María Jesús, C.S. Federica Montseny, Madrid  
 Fransi Galiana, Luis, C.S. Monteporreiro, Pontevedra  
 Frías Vargas, Manuel, C.S. Campohermoso, Humanes de Madrid (Madrid)  
 Gaona Gómez, María Lourdes, C.S. Santiago de la Ribera, Santiago de la Ribera (Murcia)  
 García de Francisco, Sara, C.S. Orcasitas, Madrid  
 García Fernández, María Eugenia, C.S. Griñón, Griñón (Madrid)  
 García García, Irene, C.S. Casarabonela, Casarabonela (Málaga)  
 García Gersol, José Manuel, C.S. Rafael Flórez Crespo, Posadas (Córdoba)  
 García Solana, Ana, C.S. Roger de Flor, Barcelona  
 Garmendia Leiza, José Ramón, EAP Jardinillos, Palencia  
 Gil Calvo, Joan Josep, C.S. Roger de Flor, Barcelona  
 Giner Valero, Mercedes, C.S. Barrio de la Luz, Xirivella (Valencia)  
 Girón Estrada, Vanessa, C.S. Calatayud Norte, Calatayud (Zaragoza)  
 Gómez Criado, María Soledad, C.S. General Ricardos, Madrid  
 Gómez Fernández, Ofelia, C.S. Campohermoso, Humanes de Madrid (Madrid)  
 Gómez Gascón, Tomás, C.S. Guayaba, Madrid  
 Gómez Martínez, María Dolores, C.S. Totana Norte, Totana (Murcia)  
 Gómez Rábago, María Luisa, C.S. Adelfas, Madrid  
 Gómez Rodríguez, Francisca, C.S. Adelfas, Madrid  
 González González, Begoña, C.S. Las Vegas, Corvera (Asturias)  
 González Hernández, Alberto, C.S. Rafael Alberti, Madrid  
 Grandío Gómez, Jonathan, C.S. Barrio del Pilar, Madrid  
 Guardado Roperio, David, C.S. Matrona Antonia Mesa Fernández, Cabra (Córdoba)  
 Guerra Molina, Íñigo, C.S. Goya, Madrid  
 Guerra Sánchez, María Yolanda, C.S. El Álamo, El Álamo (Madrid)  
 Gutiérrez Humanes, Cristina, C.S. Orcasitas, Madrid  
 Gutiérrez Sánchez, Isabel, C.S. Guayaba, Madrid  
 Habashneh Sánchez, Sara, C.S. Aravaca, Madrid  
 Hernández Fernández, José Antonio, C.S. Requena, Requena (Valencia)  
 Hernández García, Mercedes, C.S. V Centenario, San Sebastián de los Reyes (Madrid)  
 Herrería de la Lastra, Ambrosio, C.S. Castilleja de la Cuesta, Castilleja de la Cuesta (Sevilla)  
 Iturmendi Martínez, Nerea, C.S. General Fanjul, Madrid  
 Jódar Salas, María Dolores, C.S. San Blas, Alicante  
 Jurado Otero, Margarita, C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña (Madrid)  
 Lagos Aguilar, Ángela, C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña (Madrid)  
 Lasso Oria, Virginia, C.S. Orcasitas, Madrid  
 León Dugo, Antonio, C.S. Levante Sur, Córdoba  
 Lobón Agundez, María del Carmen, C.S. Aravaca, Madrid  
 López Campos, José María, C.S. Saúde de Ribeira, Santa Uxía de Ribeira (La Coruña)  
 López del Rey, Gema, C.S. Levante Sur, Córdoba  
 López Guijarro, Carmen María, C.S. Meco, Meco (Madrid)  
 López Martínez, Manuel, C.S. Fuente Obejuna, Fuente Obejuna (Córdoba)  
 López Matarín, Alba, C.S. Polígono Guadalquivir, Córdoba  
 López Matilla, María Isabel, C.S. Embajadores, Madrid  
 López-Marina, Víctor, C.S. Piera, Piera (Barcelona)  
 Lorenzo Borda, María Soledad, C.S. Las Américas, Parla (Madrid)  
 Luna Álvarez, Raquel, C.S. Los Pintores, Parla (Madrid)  
 Macho del Barrio, Ana, C.S. Vicente Soldevilla, Madrid  
 Maestre Serrano, María Dolores, C.S. Polígono Guadalquivir, Córdoba  
 Magallón Botaya, Rosa, C.S. Arrabal, Zaragoza  
 Magán Tapia, Purificación, C.S. Pavones, Madrid  
 Malpica Arce, Patricia, C.S. Covadonga, Torrelavega (Cantabria)  
 Marcello Andrés, María Concepción, C.S. Galapagar, Galapagar (Madrid)

- Marco Segarra, Emilio, C.S. Sarrià del Ter, Sarrià del Ter (Girona)
- Maresca Bermejo, Enrique Ramón, C.S. Alhama de Granada, Alhama de Granada (Granada)
- María Tablado, Miguel Ángel, C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña (Madrid)
- Marín Cañada, Jaime, C.S. Villarejo de Salvanés, Villarejo de Salvanés (Madrid)
- Martí Braso, Agnès, C.S. Roger de Flor, Barcelona
- Martín Aurioles, Esther, C.S. La Roca, Málaga
- Martín de Cabo, Rosa, C.S. Pedro Laín Entralgo, Alcorcón (Madrid)
- Martín Gordo, Olga, C.S. Orcasitas, Madrid
- Martín Moreno, Vicente, C.S. Orcasitas, Madrid
- Martínez de la Iglesia, Jorge, C.S. Lucano, Córdoba
- Martínez Egea, Francisco José, C.S. La Fábrica, Alcoy (Alicante)
- Martínez González, María Dolores, C.S. Repelega, Portugalete (Vizcaya)
- Martínez Roldán, Leopoldo Luis, C.S. Almodóvar del Río, Almodóvar del Río (Córdoba)
- Marva Ruiz, Marina, C.S. Campamento, Paterna (Valencia)
- Mayolas Saura, Emma, C.S. Sta. Coloma de Gramenet, Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona)
- Mellado Martos, José, C.S. Poniente, La Línea de la Concepción (Cádiz)
- Merino Audí, Montserrat, C.S. Torrasa, l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
- Merino Borrego, Blanca María, C.S. Castilleja de la Cuesta, Castilleja de la Cuesta (Sevilla)
- Merino del Amo, Elena, C.S. Rafael Flórez Crespo, Posadas (Córdoba)
- Mínguez Sorio, María Pilar, C.S. Teruel Centro, Teruel
- Molina Ortega, Gloria, C.S. Azahara, Córdoba
- Montero Alarcón, Rosa, C.S. Los Rosales, Madrid
- Montero Costa, Alejandra, C.S. Fuencarral, Madrid
- Montero Monterroso, José Luis, C.S. Dña. Josefina Carmona, Fernán-Núñez (Córdoba)
- Mora Moreno, Francisco, C.S. Molino de la Vega, Huelva
- Morales López, Rosario, C.S. Cartagena Oeste, Cartagena (Murcia)
- Moreno Cano, María del Pilar, C.S. La Chopera, Alcobendas (Madrid)
- Moreno Fernández, Gemma, C.S. Azahara, Córdoba
- Moya Rodríguez, María Luisa, C.S. Puerta Blanca, Málaga
- Muñoz Álamo, Miguel, C.S. Azahara, Córdoba
- Muñoz Bieber, Renata, C.S. Buenos Aires, Vallecas (Madrid)
- Muñoz Martínez de Salinas, Cristina, C.S. Puerta Bonita, Madrid
- Muñoz-Quirós Aliaga, Sagrario, C.S. Monóvar, Madrid
- Navarrete Espejo, Manuel, C.S. Sector Sur, Córdoba
- Navas Cutanda, Jesús, C.S. Barrio de la Luz, Xirivella (Valencia)
- Ordóñez Pérez, Violeta, C.S. Peñarroya, Peñarroya (Córdoba)
- Oriol Cerbe, Cristina, C.S. Doctor Vilaseca, Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona)
- Ortega Osuna, María Ángeles, C.S. Fuensanta, Córdoba
- Orzaez Casado, Isabel, C.S. Castro del Río, Castro del Río (Córdoba)
- Osuna Ortiz, Antonia, C.S. Montoro, Montoro (Córdoba)
- Palmer Muntaner, Patricia, C.S. Escola Graduada, Palma de Mallorca (Baleares)
- Peláez Rodríguez, Estibaliz, C.S. Ortuella, Ortuella (Vizcaya)
- Pérez Ramírez, Mercedes, C.S. El Álamo, El Álamo (Madrid)
- Pérez Romera, Francisco Javier, C.S. Venta del Viso, La Mojonera (Almería)
- Pérez Santos, Josep María, C.S. Florida Sud, l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
- Pérula de Torres, Luis Ángel, U.D. MFyC Córdoba, Córdoba
- Piles Cabo, María, C.S. Benifaió, Benifaió (Valencia)
- Pineda Ronda, Vicenta, C.S. Serrería I, Valencia
- Polo Fernández, María Noelia, C.S. Daroca, Madrid
- Ponferrada Caballero, Pascual, C.S. Sector Sur, Córdoba
- Porras Pastor, Francisco Javier, C.S. Matrona Antonia Mesa Fernández, Cabra (Córdoba)
- Priego Artero, Melania, C.S. Maragall, Barcelona
- Puente García, Nieves, C.S. Galapagar, Galapagar (Madrid)
- Puentes Torres, Rafael Carlos, C.S. Santa Rosa, Córdoba
- Pueyo Val, Olga María, C.S. Cariñena, Cariñena (Zaragoza)
- Puigdemolas Armengol, Xavier, C.S. St. Fruitós, St. Fruitós de Bages (Barcelona)
- Raga Mari, Remei, C.S. República Argentina, Valencia
- Redondo Gorostiza, Estibaliz, C.S. Montclar, Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
- Rezola Gamboa, Francisco Javier, C.S. Son Pisà, Palma de Mallorca (Islas Baleares)
- Ridaura Ruiz, Beatriz, C.S. Lucena I, Lucena (Córdoba)
- Rivacoba Orbe, Lorea, C.S. San Ignacio, Bilbao (Vizcaya)
- Rivas Escalera, José Antonio, C.S. Puente Genil II, Puente Genil (Córdoba)
- Rodríguez Blanco, Llanos, C.S. Pubilla Casas, Esplugues de Llobregat (Barcelona)
- Rodríguez Priego, Manuela, C.S. Guadalquivir, Córdoba
- Rodríguez Rodríguez, Mariela Carolina, C.S. La Victoria, La Victoria (Córdoba)
- Rodríguez-Rubio Rodríguez, Águeda, C.S. Castilleja de la Cuesta, Castilleja de la Cuesta (Sevilla)
- Rojas Bejarano, Domingo, C.S. Sector Sur, Córdoba
- Rojo Calderón, Aránzazu, C.S. Covadonga, Torrelavega (Cantabria)
- Rollán Arribas, Begoña, C.S. Orcasitas, Madrid
- Romero Rodríguez, Esperanza María, C.S. Azahara, Córdoba
- Rosado López, Asunción, C.S. San Andrés, Madrid
- Rubira López, Domingo J., C.S. Cieza Oeste, Cieza (Murcia)
- Rufo Jiménez, José, C.S. Bollullos Par del Condado, Bollullos Par del Condado (Huelva)
- Ruz Torres, Lorenza, C.S. Carlos Castilla del Pino, Córdoba
- Sáenz Hernáiz, Juan Ignacio, C.S. Dr. Josep Alsina I Bofill, Palafrugell (Girona)
- Sáez Lara, Alfredo, C.S. Sector Sur, Córdoba
- Sáinz-Maza Aparicio, Mauricio, C.S. Alpes, Madrid

Sánchez Cañete, Eva María, C.S. Guadalquivir, Córdoba  
 Sánchez Íñigo, Cristina, C.S. Goya, Madrid  
 Sánchez Lozano, Ana, C.S. Adelfas, Madrid  
 Sánchez Vázquez, Inmaculada, C.S. El Álamo, El Álamo (Madrid)  
 Sanz Pascual, María del Mar, C.S. Alameda de Osuna, Madrid  
 Sanz Rioyo, Marta, C.S. Juan de Austria, Alcalá de Henares (Madrid)  
 Segovia Rodríguez, Javier, C.S. Santa Rosa, Córdoba  
 Sequeira Aymar, Ethel, C.S. Casanova, Barcelona  
 Serra Renovales, Eudurne, CAP S. Andreu, Manresa (Barcelona)  
 Sierra Duque, Francisco, C.S. Colón, Córdoba  
 Sierra Elosua, Inmaculada, C.S. Roses, Roses (Girona)  
 Sierra Santos, Lucía, C.S. Manzanares el Real, El Boalo (Madrid)  
 Sillero Sillero, Cristóbal, C.S. Lucena II, Lucena (Córdoba)  
 Silva Gil, Fátima, C.S. Rafael Flórez Crespo, Posadas (Córdoba)  
 Solar Barruetaña, Marta Patricia, C.S. Otxarkoaga, Bilbao (Vizcaya)  
 Soria López, Clara Isabel, C.S. Torre de Esteban Hambrán, Torre de Esteban Hambrán (Toledo)  
 Sorroche Baldomero, José, C.S. Mirasierra, Granada  
 Soto Díaz, Cristina, C.S. Santa Rosa, Córdoba  
 Terol Molto, Cecilia, C.S. San Blas, Alicante  
 Thalamas Atienza, Juan Aitor, C.S. Lezo, Lezo (Guipúzcoa)  
 Ulloa Gasso, Susana, C.S. Es Viver, Ibiza  
 Valverde Gubianas, Juan Manuel, C.S. Fuensanta, Córdoba  
 Verdú Arnal, Montserrat, C.S. Roger de Flor, Barcelona  
 Vicén Pérez, Carmen, C.S. Juan de Austria, Alcalá de Henares (Madrid)  
 Vidal Cambra, Magdalena, C.S. Calafell, Calafell (Tarragona)

## Bibliografía

- Jourjy J, Dahl K, Huesgen E. Antiretroviral treatment efficacy and safety in older HIV-infected adults. *Pharmacotherapy*. 2015;35:1140–51.
- Davey RT Jr, Bhat N, Yoder C, Chun TW, Metcalf JA, Dewar R, et al. HIV-1 and T cell dynamics after interruption of highly active antiretroviral therapy (HAART) in patients with a history of sustained viral suppression. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1999;96:15109–14.
- Gandhi T, Wei W, Amin K, Kazanjian P. Effect of maintaining highly active antiretroviral therapy on AIDS events among patients with late-stage HIV infection and inadequate response to therapy. *Clin Infect Dis*. 2006;42:878–84.
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014.
- S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo; Madrid, 2014.
- Oliva J, Galindo S, Vives N, Arrillaga A, Izquierdo A, Nicolau A, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:583–9.
- Elías MJ, Gomez-Ayerbe C, Muriel A, Calonge ME, Diaz A, Elías PP, et al. Comparison of routine versus targeted HIV testing strategies: Coverage and estimated missed infections in emergency room and primary care centre. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:19671.
- Busto MJ, García L, Castelao ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:490–6.
- Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:451–4.
- Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Aten Primaria*. 2016;48:383–93.
- Gennotte AF, Semaille P, Ellis C, Necsoi C, Abdulatif M, Chellum N, et al. Feasibility and acceptability of HIV screening through the use of rapid tests by general practitioners in a Brussels area with a substantial African community. *HIV Med*. 2013;14:57–60.
- Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1968;65:281–393.
- Vocalías de Atención Primaria de la Organización Médica Colegial (OMC). Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Organización Médica Colegial de España [consultado 25 Nov 2015]. Disponible en: [http://opem.fphomc.es/sites/default/files/estudio\\_sobre\\_situacion\\_medico\\_atencion\\_primaria\\_2015.pdf](http://opem.fphomc.es/sites/default/files/estudio_sobre_situacion_medico_atencion_primaria_2015.pdf)
- Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública. Documento marco sobre cribado poblacional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España [consultado 15 Dic 2010]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado\\_poblacional.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf)

---

---

11

OTRAS  
APORTACIONES  
CIENTÍFICAS

---

## **OTRAS APORTACIONES CIENTÍFICAS DERIVADAS DE ESTE ESTUDIO**

### **11.1.- BARRERAS AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

Autores:     Rafael Carlos Puentes Torres  
                  Cristina Aguado Taberné

Revista:     Revista Multidisciplinar del SIDA

Tipo:        Artículo original

Año:         2016

Referencia: Puentes Torres RC, Aguado Taberné C. Barreras al diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria. Revista Multidisciplinar del SIDA. Monográfico 2016. Vol 4;8:20-5.



## Barreras al diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria

Rafael C. Puentes Torres<sup>1</sup> y Cristina Aguado Taberné<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro de salud Frölunda, Närhälsan, Gotemburgo (Suecia) y

<sup>2</sup> Centro de Salud Santa Rosa, Córdoba.

E-mail de contacto: rafapuentes82@gmail.com

### RESUMEN

Son numerosas las barreras que hoy día encontramos para el diagnóstico de la infección por el VIH desde la atención primaria. Esta enfermedad, estigmatizada desde sus inicios y con una gran carga moral dadas sus vías de transmisión, supone un problema de comunicación común entre médicos y pacientes que desemboca en la falta de información y la expansión irrefrenable de la epidemia, causada sobre todo por la gran cantidad de personas que desconocen su estado serológico.

Para combatir dichas barreras se han realizado numerosos estudios sobre las diferentes líneas de búsqueda del VIH. La búsqueda oportunista y la búsqueda selectiva se postulan como dos de las mejores estrategias que se pueden llevar a cabo desde la atención primaria. La primera propone adoptar la realización de la prueba del VIH como un acto rutinario en consulta aprovechando la petición de una analítica que se iba a realizar por cualquier otro motivo, mientras que la segunda plantea una búsqueda más selectiva en base a diversos indicadores.

A pesar de ser técnicas aparentemente opuestas, pueden llevarse a cabo de forma simultánea en consulta para así abarcar una mayor población.

La infección por el VIH sigue siendo a día de hoy una de las mayores preocupaciones sanitarias de nuestra era. La epidemia sigue en aumento en todo el mundo, por lo que actualmente nuestros esfuerzos deben centrarse en frenar dicha expansión.

Se estima que hoy día hay en España alrededor de 140.000 personas infectadas por el VIH<sup>1</sup>, el 30% de las cuales desconoce su estado serológico. La situación se agrava más aún si tenemos en cuenta que las personas que se encuentran en esta fracción no diagnosticada son responsables del 54% de las nuevas infecciones que se producen cada año<sup>2,3</sup>. Otra de las grandes preocupaciones actuales es el diagnóstico tardío de la enfermedad, esto es, cuando el paciente ya es susceptible de tratamiento por presentar un nivel de CD4 inferior a 350 células/ $\mu$ l<sup>4</sup>. Según los datos más recientes, el 50% de los nuevos diagnósticos son tardíos<sup>5</sup>.

En base a estos datos cabe plantearse la necesidad de un cambio en nuestra forma de actuar para así facilitar y aumentar el diagnóstico del VIH. Es evidente que el ámbito idóneo para llevar a cabo dicha labor es fundamentalmente la atención primaria. Hay numerosos motivos para ellos, como la cercana relación médico-paciente, que facilita la comunicación, o el hecho de que el 80% de la población acuda a su médico de familia al menos una vez al año, pudiendo abarcar por lo tanto un gran número de individuos desde los centros de salud<sup>6,7</sup>. No obstante se estima que sólo el 30% de las serologías de VIH se solicitan desde primaria.

Son numerosas las barreras que actualmente encontramos en las diferentes etapas de la lucha contra el VIH, esto es, prevención, diagnóstico precoz y seguimiento de los pacientes infectados y de sus familias<sup>8</sup>. Algunas de éstas vienen impuestas por parte de los pacientes, pero también los médicos encontramos limitaciones que hoy día impiden o retrasan el diagnóstico de esta infección. Creemos que la mayor barrera para el diagnóstico de la infección VIH es la ignorancia.

La falta de percepción de riesgo, el miedo a la no confidencialidad o el desconocimiento de los beneficios del diagnóstico precoz son las barreras percibidas en la población, y la falta de motivación y el escaso tiempo por paciente del que disponemos en consulta son las percibidas por los profesionales.

El VIH viene estigmatizado desde sus inicios en los años 80 por una fuerte asociación con el uso de drogas por vía parenteral y las relaciones sexuales sin protección<sup>9</sup>. El concepto de "grupos de riesgo" surgió para definir a las personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad en base a su orientación sexual o prácticas de riesgo<sup>10,11</sup>. Las estadísticas han variado a lo largo de los años desde que comenzase la epidemia del VIH atendiendo a dichos grupos, y si en un principio el mayor motivo de contagio fue el uso de drogas por vía parenteral, seguidamente lo fueron las relaciones sexuales homosexuales y actualmente las heterosexuales. Podemos afirmar por tanto que hoy día los grupos de riesgo son un concepto obsoleto que no debe condicionarnos a la hora de decidir solicitar o no una serología de VIH. A efectos prácticos, cualquier persona es susceptible de contraer el virus. Sin embargo, a pesar de lo erróneo de los grupos de riesgo, éstos han quedado anclados en la memoria de la sociedad general, y también en el ámbito médico. Es por esto que la demanda de la prueba diagnóstica por parte de la población se ve inhibida por la vergüenza de tener que reconocer prácticas pertenecientes a las esferas más íntimas de las personas, que son rechazadas por la sociedad.

Por parte de los médicos tampoco resulta cómodo indagar en la vida privada de los pacientes, incluso tras años de conocimiento mutuo, condición que en ocasiones puede llegar incluso a dificultar el tratar temas de esta índole que en teoría podrían alterar la relación médico-paciente. A esto cabe sumar la barrera del limitado tiempo por paciente del que se dispone en consulta, que generalmente no supera los 5 minutos, con lo que no se favorece el invertir tiempo



y esfuerzo en realizar un completo abordaje de los estilos de vida del individuo que pueda orientar en la toma de decisiones.

Hay pacientes que presentan una especial dificultad para este diagnóstico precoz desde el principio de la epidemia, como por ejemplo las personas que consumen o han consumido drogas por vía parenteral, los reclusos en centros penitenciarios, o los que presentan riesgo de exclusión social. También las personas con riesgo especial por sus prácticas sexuales como los usuarios y trabajadores de la prostitución. Hasta ahora se han dirigido actuaciones específicas a estos grupos<sup>12,13</sup>. Pero además creemos que hay personas especialmente en riesgo y que a veces resultan invisibles para el sistema sanitario, como son los inmigrantes en situación irregular, las parejas sexuales de los infectados, o las personas con múltiples parejas sexuales, bien sean homo, bi o heterosexuales.

Hemos de admitir, no obstante, que algunas de las barreras han mejorado paulatinamente, como la confidencialidad, la accesibilidad y gratuidad del tratamiento o la especialización de los servicios por parte de las unidades de enfermedades infecciosas de los hospitales.

En los últimos años se ha discutido mucho sobre cuál sería la estrategia de búsqueda más adecuada para aumentar el diagnóstico del VIH y reducir la fracción de diagnóstico tardío. Opinamos que todas las estrategias son complementarias, no excluyentes. Creemos que el abordaje debe ser multifocal, aumentando la percepción de riesgo en la población, normalizando la prueba diagnóstica, facilitando la accesibilidad a la prueba y, por supuesto, garantizando la confidencialidad de los datos.

La búsqueda oportunista, o estrategia opt-out, propuesta por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 2006<sup>14</sup>, viene avalada por múltiples estudios, ya que parece superar gran parte de las barreras que actualmente nos limitan frente al diagnóstico de esta enfermedad<sup>15-16</sup>. Este modelo de búsqueda

cumple los criterios formulados por Wilson y Jungner, pues se trata de un proceso importante por su gravedad y trascendencia individual y social, que puede ser diagnosticado mediante procedimientos sencillos y asequibles, y cuya evolución y pronóstico mejoran con el tratamiento actual. Esta estrategia, que como requisito debe ser voluntaria, es coste-efectiva cuando la prevalencia de la infección es mayor de 0.1%. Consiste en solicitar la serología del VIH a todos aquellos pacientes a los que, por cualquier motivo, se les fuese a realizar un análisis sanguíneo, sin necesidad de abordar temas de la esfera íntima de las personas. De esta forma se normalizaría el uso de esta prueba como algo rutinario, desestigmatizándola y evitando incómodas situaciones tanto para el médico como para el paciente. Desconocemos si esta fórmula sería aceptada por pacientes y por médicos de atención primaria (AP) y para ello se formuló el estudio VIH-AP que avalado por semFYC, SAMFyC y la UDM-FyC de Córdoba, pretende valorar si la búsqueda oportunista del VIH en AP es factible y aceptable por parte de pacientes y profesionales de AP<sup>17</sup>.

Se reclutaron 208 médicos de familia de 150 centros de salud de todo el territorio nacional y durante 3 meses se realizó la búsqueda oportunista del VIH, consiguiendo un total de 3.314 pacientes entre 18 y 65 años que dieron su consentimiento para, aprovechando una petición de análisis, determinarles su estado serológico de VIH, sin tener en cuenta sus prácticas sexuales o conductas de riesgo, y siempre y cuando no se hubiera realizado nunca anteriormente esta determinación. Atendiendo a la causa de petición de la analítica, la más frecuente fue la revisión de un problema crónico. El 93% de los pacientes aceptó realizarse el test del VIH. De ellos, el 57% no se habían realizado el test con anterioridad porque no se consideraban en riesgo y el 35% porque su médico no se lo había propuesto (tabla 1). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una mayor aceptación entre los grupos de edad más jóvenes.

TABLA 1. MOTIVO POR EL QUE LOS SUJETOS NO SE HABÍAN REALIZADO NUNCA CON ANTERIORIDAD LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.

Motivos	n (%)
No consideraba que estuviese en riesgo	1757 (56,9)
Su médico o enfermera no se lo había propuesto	1074 (34,8)
Preocupación por un resultado positivo	66 (2,1)
No sabía dónde hacerse la prueba	47 (1,6)
Temor por las agujas o la sangre	23 (0,7)
Le preocupa que se entere su familia	9 (0,3)
Le preocupa la confidencialidad de los datos	9 (0,3)
Otros motivos	101 (3,3)
<b>TOTAL</b>	<b>3086 (100)</b>

nes, con mayor nivel de estudios y que provenían de ciudades con mayor población. Del 7% de pacientes que no aceptó la prueba, el 74 % referían no considerarse en riesgo para la infección del VIH (tabla2).

Parece, además, una estrategia coste efectiva atendiendo a los criterios de los CDC, puesto que se halló una prevalencia de serologías positivas del 0.24%.

Este trabajo se realizó en todo el territorio nacional, tanto en ámbito rural como urbano. En cuanto a los médicos de familia que participaron, el 92% consideró esta estrategia de búsqueda aceptable y el

89% factible, siendo la principal barrera la falta de tiempo en consulta. Realizando un análisis estadístico de sus perfiles se determinó que no hubo diferencias significativas en cuanto a esta aceptabilidad y factibilidad percibida por los médicos en base a la edad ni el sexo del profesional, aunque sí se halló una correlación positiva con los años trabajados en el cupo y con el hecho de ser docente.

Podemos concluir, por tanto, que la búsqueda oportunista del VIH en atención primaria en nuestro medio es un método válido para el diagnóstico, que

TABLA 2. MOTIVO POR EL QUE LOS SUJETOS RECHAZAN REALIZARSE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH.

Motivos	n (%)
No considera que esté en riesgo	169 (73,9)
Preocupación por un resultado positivo	29 (12,8)
Temor por las agujas o la sangre	5 (2,2)
Le preocupa que se entere su familia	3 (1,3)
Le preocupa la confidencialidad de los datos	3 (1,3)
Se realizará la prueba en otro centro	2 (0,9)
Otros motivos	17 (7,5)
<b>TOTAL</b>	<b>228 (100)</b>

es aceptado por médicos y pacientes y que es además coste-efectivo.

También es necesaria y complementaria la búsqueda selectiva de la infección por VIH en Atención Primaria. En base a este método cabe destacar los estudios Hides 1 y 2, de ámbito europeo y patrocinados por el CEEISCAT, que pretenden valorar la prevalencia de la infección VIH en AP solicitando la serología a todos aquellos pacientes que cumplan alguna de las situaciones indicativas y/o criterios conductuales propuestos en el estudio<sup>18,19</sup>. Se incluyeron como situaciones indicativas las siguientes: linfoma maligno, displasia cervical o anal, hepatitis B o infección por el virus C, enfermedad similar a la mononucleosis, leucocitopenia o trombocitopenia inexplicable durante al menos 4 semanas, dermatitis seborreica, neumonía que requiera ingreso hospitalario al menos 24 horas, linfadenopatía inexplicable, cáncer de pulmón primario, psoriasis severa, enfermedad de transmisión sexual, herpes zóster en menores de 65 años y candidiasis oral.

Los criterios conductuales propuestos fueron: pacientes que hayan ejercido como trabajadores del sexo, pacientes que alguna vez hayan consumido drogas por vía parenteral (UDVP), pacientes procedentes de países con elevada prevalencia de VIH, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH), pacientes que mantienen relaciones sexuales concurrentes, pacientes que hayan mantenido relaciones sexuales sin protección con trabajadores del sexo, pacientes que sean pareja sexual de una persona infectada por el VIH, parejas sexuales de UDVP, parejas sexuales de personas que proceden de países con alta prevalencia de VIH, mujeres que sean pareja sexual de HSH, pacientes que hayan tenido relaciones sexuales sin protección con personas que desconocen su estado serológico, pacientes con antecedentes de estancias en la cárcel o que presenten tatuajes, perforaciones o escarificaciones realizadas sin medidas sanitarias adecuadas, mujeres que soli-

citen la anticoncepción de emergencia y mujeres que se realicen o hayan realizado una interrupción voluntaria del embarazo. En este estudio se reclutaron 258 pacientes, de los cuales el 59% fueron varones y el 31% de origen extranjero. La situación indicativa más frecuentemente detectada fue la sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS), que constituyó el 41% de los casos, y el criterio conductual más frecuente fue las prácticas sexuales no protegidas, que se encontró en el 59%.

Como resumen consideramos que el diagnóstico precoz de la infección por VIH puede y debe ser realizado en Atención Primaria mediante la normalización de la prueba como parte de la rutina diaria, pudiendo llevar a cabo como estrategias tanto la búsqueda oportunista como la búsqueda selectiva, que pueden ser complementarias para así abarcar el mayor porcentaje posible de población.

## Bibliografía

1. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección por VIH y sida en España. Plan Multisectorial. Indicadores 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/plane-sEstrat/indicadores2006\\_3.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/plane-sEstrat/indicadores2006_3.pdf) (Consulta mayo 2016)
2. Hamers F, Phillips A. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Med.* 2008; 9 (Supl.2):6-12.
3. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DiagnosticoTardio2011.pdf> (Consulta junio 2016)
4. UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Steering Committee<sup>1</sup>, Sabin CA, Schwenk A, Johnson MA, Gazzard B, Fisher M, et al. Late diagnosis in the HAART era: proposed common definitions and associations with mortality. *AIDS.* 2010 ;24(5):723-7.
5. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Si-

- da. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo; Madrid Nov 2014. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida\\_Junio2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf) (Consulta abril 2016)
6. Elías MJ, Gomez-Ayerbe C, Muriel A, Calonge ME, Diaz A, Elías PP, et al. Comparison of routine versus targeted HIV testing strategies: coverage and estimated missed infections in emergency room and primary care centre. *J Int AIDS Soc.* 2014 ;17(4 Suppl. 3):19671.
7. Busto MJ, García L, Castelao ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29 (7):490-6.
8. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J; en nombre del Grupo de Trabajo del Diagnóstico Precoz del VIH en Atención Primaria en España. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31(7):451-4.
9. Castilla J, de la Fuente. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de SIDA. España, 1980-1998. *Med Clin (Barc.)* 2000; 115(3):85-9.
10. Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V , Marchou B, Lang T; NADIS Group. High-risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. *AIDS Patient Care STDS.* 2006 : 20 (12):838-47.
11. Bokhour BG, Solomon JL, Knapp H, Asch SM, Gifford AL. Barriers and facilitators to routine HIV testing in VA Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2009;24(10):1109-1114
12. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *MMWR.* 2006; 55 (RR-14): 1-17.
13. Sanders GD, Anaya HD, Asch S, Hoang T, Golden JF, Bayoumi AM, et al. Cost-effectiveness of strategies to improve HIV testing and receipt of results: economic analysis of a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(6):556-3.
14. Haukoos JS, Campbell JD, Conroy AA, Hopkins E, Bucossi MM, Sasson C, et al. Programmatic cost evaluation of nontargeted opt-out rapid HIV screening in the Emergency Department. *PLoS One.* 2013;8(12):e81565.
15. Prost A, Griffiths CJ, Anderson J, Wight D, Hart GJ. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): a pilot study. *Sex Transm Infect .* 2009; 85 (5):326-9.
16. Rayment M, Thornton A, Mandalia S, Elam G, Atkins M, Jones R, et al. HIV testing in non-traditional settings – The HINTS Study: a multi-centre observational study of feasibility and acceptability. *PLoS One.* 2012; 7(6):e39530.
17. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres L, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Aten Prim.* 2016 ;48(6):383-93.
18. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, Esser S, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One.* 2013;8(1):e52845.
19. Raben D, Mocroft A, Rayment M, Mitsura VM, Hadziosmanovic V, Sthoeger ZM, et al. Auditing HIV testing rates across Europe: results from the HIDES 2 Study. *PLoS One.* 2015 11;10(11): e0140845.

---

## 11.2.- COMUNICACIONES EN CONGRESOS.

- **¿ES ACEPTABLE Y FACTIBLE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA? ESTUDIO VIH-AP.** Premio IMIBIC a la mejor comunicación científica. XIV Jornadas Científicas de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. 28 de marzo de 2014. Córdoba.
- **FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DEL VIH. FACTORES QUE DETERMINAN LA ACEPTABILIDAD DE LA PRUEBA** Póster con defensa. 35º Congreso de la semFYC. 13 de junio de 2015. Gijón.
- **BARRERAS AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA.** Comunicación oral. Reunión Monográfica 2016 de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SESIDA). 5 de mayo de 2016. Madrid.
- **EL CRIBADO MEDIANTE BÚSQUEDA OPORTUNISTA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH ES UNA PRUEBA ACEPTABLE Y FACTIBLE DE REALIZAR EN ATENCIÓN PRIMARIA** Póster sin defensa. 36º Congreso de la semFYC. 11 de junio de 2016. La Coruña.
- **ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DE PACIENTES CON LA INFECCIÓN POR VIH EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Ponencia en el foro de investigación «Sumando competencias en prevención y promoción de la salud». 37º Congreso de la semFYC. 6 de mayo de 2017. Madrid.



### 11.3.- REPERCUSIÓN MEDIÁTICA.

El artículo publicado en el monográfico de la Revista Multidisciplinar del SIDA obtuvo una gran difusión entre los medios de comunicación. Si bien algunos de los titulares pueden haber malinterpretado los resultados del estudio y pecar de sensacionalistas, lo cierto es que la difusión de este trabajo fue máxima en la prensa.

A continuación se muestran algunos de los titulares más destacados, todos ellos publicados entre el 19 y el 21 de octubre de 2016.

**LA VANGUARDIA** | Vida

Al Minuto Internacional Política Opinión Vida Deportes Economía Local Gente Cultura Sucesos Temas

Vida Natural Big Vang Tecnología Salud VangData Qué estudiar Bienestar Ecología Vanguardia de la Ciencia

**SALUD VIH**

## Más de la mitad de pacientes con VIH no se hizo test por no creerse en riesgo

**cuatro** Guía TV

**ncuatro**

Viral Vídeos Noticias 14h Noticias 20h Fin de Semana Última hora

### Cerca del 50% de los pacientes con VIH no se ha hecho el test para detectarlo por creer que no están en riesgo

Valverde 22° C

**Canarias7** 35 años

Toda la información de Canarias

7 ISLAS OPINIÓN DEPORTES ECONOMÍA POLÍTICA CULTURA SOCIEDAD SUCESOS NACIONAL INTERNACIONAL C&T MÁS+

## Más de la mitad de pacientes con VIH no se hizo test por no creerse en riesgo

19/10/2016

EFE

— 'BARRERAS AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA'

## Casi el 50% de los pacientes con VIH no se ha hecho el test para detectarlo

Lo más leído en...

Portada

1

Brócoli contra la diabetes

## El 50 % de pacientes con VIH no se hizo el test por no verse en riesgo

NEWSLETTER

### El Confidencial

[f](#) [t](#) [G+](#)

## Más de la mitad de pacientes con VIH no se hizo test por no creerse en riesgo

EFE 19/10/2016 (15:04)



**FEAD**  
FUNDACIÓN ESPAÑOLA  
DEL APARATO DIGESTIVO



[Quiénes somos](#) [Qué hacemos](#) [Aparato Digestivo](#) [Mes Salud Digestivo](#) [Asociaciones de Pacientes](#) [Prensa](#) [Contacto](#)

CERCA DEL 50% DE LOS PACIENTES CON VIH NO SE HA HECHO EL TEST PARA DETECTARLO POR CREER QUE NO ESTÁN EN RIESGO

acta sanitaria

TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

SEGÚN EL ESTUDIO 'BARRERAS AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA'

Un 35% de las personas con VIH no se hace el test porque su médico no se lo propone

**Cerca del 50% de los pacientes con VIH no se hacen el test para detectarlo porque creen que no están en riesgo**

---

## La Opinión

A Coruña

Local Galicia **Actualidad** Deportes Economía Opinión Cultura Ocio Vida y Estilo Comunidad Multimedia Servicios

España Mundo Sucesos **Sociedad** Contraportada Titulares Tecnología Gente Cine TV Ciencia

---

**El 57% de las personas con VIH no se hizo un test previo al creer que no estaba en riesgo**

---



---

---

12

# CONCLUSIONES

---

## **CONCLUSIONES**

1. La búsqueda oportunista de la infección por el VIH en los centros de atención primaria de España es un método de cribado ampliamente aceptado por la población.
2. La oferta de la prueba del VIH tiene una mayor aceptación entre los pacientes jóvenes, aquellos que viven en ciudades grandes, o los individuos de mayor formación académica, aunque únicamente las dos primeras variables mostraron tener relación independiente con la aceptación en el análisis de regresión logística múltiple.
3. Existe, entre la población estudiada en atención primaria, una notable sensación de seguridad frente a esta enfermedad, ya que el no sentirse en riesgo fue el motivo más frecuente tanto para rechazar la realización de la prueba como para no haberla solicitado antes en el caso de aquellos que aceptaron incluirla en esta ocasión.
4. Se debe aumentar la concienciación del personal sanitario, lo cual queda manifiesto en el hecho de que gran parte de los pacientes no se realizan la prueba del VIH porque su médico no se lo ha propuesto.
5. Esta forma de cribado es aceptable desde el punto de vista de los médicos, y su implementación en la práctica diaria como parte de la rutina de la consulta se valoró como factible por una amplia mayoría de los mismos.
6. El ejercer la medicina en ciudades grandes conlleva una mayor aceptación de este cribado por parte de los profesionales.
7. El mayor tiempo dedicado a la investigación hace que este método de búsqueda del VIH se valore como más factible por parte de los médicos.
8. La continuidad asistencial de atención primaria y la relación médico-paciente que se establece en los centros de salud juega un papel importante en el cribado de esta enfermedad, ya que el hecho de que el médico que oferta la inclusión de la prueba en

---

la analítica haya trabajado un largo tiempo con el mismo cupo de pacientes conlleva una mayor aceptación de dicha prueba por parte de los mismos.

9. Los resultados de aceptabilidad y factibilidad del cribado por parte de la población y de los profesionales indican que es posible su inclusión en la práctica diaria, como complemento a la búsqueda dirigida del VIH, para aumentar el diagnóstico de esta infección desde atención primaria.
10. Según las recomendaciones y guías de algunas entidades especializadas en el tema, los resultados de prevalencia oculta de VIH obtenidos con el cribado oportunista en nuestro estudio podrían indicar que este método es coste-efectivo. Aunque esta presunción no puede ser objetivada en nuestro trabajo al no haber analizado los costes del mismo, se abre un nuevo camino para posteriores estudios que analicen estos factores.

---

---

13

# ABREVIACIONES

---

## **ABREVIACIONES**

ADN: ácido desoxirribonucleico.

AIDS: *acquired immune deficiency syndrome*. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

AP: atención primaria.

ARN: ácido ribonucleico.

ARV: antirretroviral/es.

CDC: *centers for disease control and prevention*. Centros para el control y prevención de enfermedades.

CI: *confidence interval*. Intervalo de confianza.

CMV: citomegalovirus.

DT: desviación típica.

ECDC: *European centre for disease prevention and control*. Centro europeo para la prevención y control de enfermedades.

GP: *general practitioner*. Médico de familia.

HAART: *highly active antiretroviral therapy*. Terapia antirretroviral de gran actividad.

HIV: *human immunodeficiency virus*. Virus de la inmunodeficiencia humana.

HSH: hombres que tienen sexo con otros hombres.

IC: intervalo de confianza.

IMIBIC: instituto Maimónides de investigación biomédica de Córdoba.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

OMC: organización médica colegial.

OMS: organización mundial de la salud.

OR: *odds ratio*.

PAPPS: programa de actividades preventivas y de promoción de la salud.

PCR: *polymerase chain reaction*. Reacción en cadena de la polimerasa.

PID: personas que se inyectan drogas.

SAMFyC: sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria.

SD: *standard deviation*. Desviación estándar.

SEISIDA: sociedad española interdisciplinaria del SIDA.

SemFYC: sociedad española de medicina familiar y comunitaria.

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SNS: sistema nacional de salud.

---

TARGA: terapia antirretroviral de gran actividad.

UDMFyC: unidad docente de medicina familiar y comunitaria.

USPSTF: *United States preventive services task force*. Grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

VIS: virus de la inmunodeficiencia en simios.



---

---

14

## BIBLIOGRAFÍA

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. 5 de Junio de 1981. 30(21);1-3 [actualizado el 18 jun 2015; consultado el 20 dic 2016]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june\\_5.htm](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm).
2. Drew WL, Mintz L, Miner RC, Sands M, Ketterer B. Prevalence of cytomegalovirus infection in homosexual men. J Infect Dis 1981;143:188-92.
3. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 20 de Mayo de 1983: Vol. 220, Issue 4599:868-71.
4. MLA style: "The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2008". Nobelprize.org. Nobel Media AB 2014 [consultado el 3 feb 2017. Disponible en: [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/2008/](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2008/).
5. Jesús Castilla. Epidemiología de la infección por el VIH/SIDA en el mundo. Secretaría del plan nacional sobre el SIDA. 2010 [actualizado el 21 jun 2012; consultado el 22 dic 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmi/grantes/docs/interioresEpiSidaMundo.pdf>.
6. Kamali A, Carpenter LM, Whitworth JA, Pool R, Ruberantwari A, Ojwiya A. Seven-year trends in HIV-1 infection rates, and changes in sexual behaviour, among adults in rural Uganda. AIDS 2000;14:427-34.
7. Clavel F, Guétard D, Brun-Vézinet F, Chamaret S, Rey MA, Santos-Ferreira MO, et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. Science. 1986 Jul 18;233(4761):343-6.
8. Guyader M, Emerman M, Sonigo P, Clavel F, Montagnier L, Alizon M. Genome organization and transactivation of the human immunodeficiency virus type 2. Nature. 1987 Apr 16-22;326(6114):662-9.
9. Clavel F, Guyader M, Guétard D, Sallé M, Montagnier L, Alizon M. Molecular cloning and polymorphism of the human immune deficiency virus type 2. Nature. 1986 Dec 18-31;324(6098):691-5.

- 
10. Chakrabarti L, Guyader M, Alizon M, Daniel MD, Desrosiers RC, Tiollais P, et al. Sequence of simian immunodeficiency virus from macaque and its relationship to other human and simian retroviruses. *Nature*. 1987 Aug 6-12;328(6130):543-7.
  11. Hirsch VM, Olmsted RA, Murphey-Corb M, Purcell RH, Johnson PR. An African primate lentivirus (SIVsm) closely related to HIV-2. *Nature*. 1989 Jun 1;339(6223):389-92.
  12. Daniel MD, Letvin NL, King NW, Kannagi M, Sehgal PK, Hunt RD, et al. Isolation of T-cell tropic HTLV-III-like retrovirus from macaques. *Science*. 1985 Jun 7;228(4704):1201-4.
  13. Sharp PM, Robertson DL, Hahn BH. Cross-species transmission and recombination of 'AIDS' viruses. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1995 Jul 29;349(1327):41-7.
  14. Huet T, Cheynier R, Meyerhans A, Roelants G, Wain-Hobson S. Genetic organization of a chimpanzee lentivirus related to HIV-1. *Nature*. 1990 May 24;345(6273):356-9.
  15. Keele BF, Van Heuverswyn F, Li Y, Bailes E, Takehisa J, Santiago ML, et al. Chimpanzee reservoirs of pandemic and nonpandemic HIV-1. *Science*. 2006 Jul 28;313(5786):523-6.
  16. Van Heuverswyn F, Li Y, Bailes E, Neel C, Lafay B, Keele BF, et al. Genetic diversity and phylogeographic clustering of SIVcpzPtt in wild chimpanzees in Cameroon. *Virology*. 2007 Nov 10;368(1):155-71.
  17. Paul M. Sharp and Beatrice H. Hahn. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011 Sep; 1(1).
  18. Chakrabarti L, Guyader M, Alizon M, Daniel MD, Desrosiers RC, Tiollais P, et al. Sequence of simian immunodeficiency virus from macaque and its relationship to other human and simian retroviruses. 1987. *Nature* 328: 543–547.
  19. Zhu T, Korber BT, Nahmias AJ, Hooper E, Sharp PM, Ho DD. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature*. 1998 Feb 5;391(6667):594-7.
  20. Faria NR, Rambaut A, Suchard MA, Baele G, Bedford T, Ward MJ, et al. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. *Science*. 2014 Oct 3; 346(6205): 56–61.
  21. UNAIDS. Global Reports – UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: 2013 [actualizado el 31 jul 2014; consultado el 3 ene 2017]. Disponible en:

---

[http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf).

22. Vidal N, Peeters M, Mulanga-Kabeya C, Nzilambi N, Robertson D, Ilunga W, et al. Unprecedented degree of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) group M genetic diversity in the Democratic Republic of Congo suggests that the HIV-1 pandemic originated in Central Africa. *J Virol*. 2000 Nov;74(22):10498-507.
23. Farmer, P. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. California: University of California Press; 1992.
24. A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care. UNESCO/UNAIDS research project. *HIV/AIDS Stigma and Discrimination: An Anthropological Approach*. París: UNESCO; 2002 [actualizado el 4 oct 2014; consultado el 3 ene 2017]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125586e.pdf>.
25. International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). París. Versión ICTV 9th Report Taxonomy 2011 [actualizado el 10 feb 2015; consultado el 3 ene 2017]. Disponible en: [https://talk.ictvonline.org/ictv-reports/ictv\\_9th\\_report/reverse-transcribing-dna-and-rna-viruses-2011/w/rt\\_viruses/161/retroviridae](https://talk.ictvonline.org/ictv-reports/ictv_9th_report/reverse-transcribing-dna-and-rna-viruses-2011/w/rt_viruses/161/retroviridae).
26. Junta de Andalucía. Principales enfermedades de nuestro tiempo. 1996 [actualizado el 27 ene 2016; consultado el 3 ene 2017]. Disponible en: [http://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/27012016/42/es-an\\_2016012714\\_9125937/cuerpo\\_humano/sida.htm](http://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/27012016/42/es-an_2016012714_9125937/cuerpo_humano/sida.htm).
27. European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2015*. Stockholm: ECDC; 2016; 11-14.
28. Clark, F. World Report: Gaps remain in Russia's response to HIV/AIDS. *Lancet*. 2016 Aug 27;388(10047):857-8.
29. Rosa MC, Lobato RC, Gonçalves CV, Silva NM, Barral MF, Martínez AM, et al. Evaluation of factors associated with vertical HIV-1 transmission. 2015 Nov-Dec;91(6):523-8.
30. Barral MF, de Oliveira GR, Lobato RC, Mendoza-Sassi RA, Martínez AM, Gonçalves CV. Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2014 Mar-Apr;56(2):133-8.

- 
31. Oliveira J. Graph showing HIV copies and CD4 counts in a human over the course of a treatment-naïve HIV infection. 2004 [actualizado el 20 jun 2014; consultado el 15 ene 2017]. Disponible en <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hiv-timecourse.png>.
  32. Organización Mundial de la Salud. El uso estratégico de los antirretrovíricos podría acabar con la transmisión del VIH. Ginebra/Washington D.C. 18 de Julio de 2012. [consultado el 15 ene 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/hiv\\_medication\\_20120718/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/hiv_medication_20120718/es/).
  33. CDC. Report of the NIH Panel To Define Principles of Therapy of HIV Infection and Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. MMWR 1998. 47(RR-5);1-41 [consultado el 15 ene 2017] Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00052295.htm>.
  34. Dybul M, Fauci AS, Bartlett JG, Kaplan JE, Pau AK; Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents. Ann Intern Med. 2002 Sep 3;137(5 Pt 2):381-433.
  35. Hoen B, Dumon B, Harzic M, Venet A, Dubeaux B, Lascoux C, et al. Highly active antiretroviral treatment initiated early in the course of symptomatic primary HIV-1 infection: results of the ANRS 053 trial. J Infect Dis 1999;180:1342-6.
  36. CDC. Hepatitis B virus vaccine safety: report of an inter-agency group. MMWR 1982;31:465-67 [consultado el 15 ene 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001152.htm>.
  37. CDC. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)--United States. MMWR 1982;31:507-14 [consultado el 15 ene 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001163.htm>.
  38. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987;36:1-15S [actualizado el 12 ago 2003; consultado el 15 ene 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/mmsu3601.pdf>.
  39. CDC. 1.993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992/41(RR-17) [consultado el 20 ene 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>.
  40. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disposición 2837. 17 de marzo de 2015. Núm. 65, Sec I; p24012-5 [consultado el 20 ene 2017].

- 
- 2017]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf>.
41. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010 [actualizado el 6 feb 2017; consultado el 10 feb 2017]. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>.
42. Sterling TR, Chaisson RE, Bartlett JG, Moore RD. CD4+lymphocyte level is better than HIV-1 plasma viral load in determining when to initiate HAART. Presented at the 8<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, February 4-8, 2001.
43. Opravil M, Ledergerber B, Furrer H, Hirschel B, Imhof A, Gallant S, et al. Clinical efficacy of early initiation of HAART in patients with asymptomatic HIV infection and CD4 cell count >350 x 10<sup>6</sup>/l. AIDS 2002;16:1371-81.
44. Chaisson RE, Keruly JC, Moore RD. Association of initial CD4 cell count and viral load with response to highly active antiretroviral therapy. JAMA 2000;284:3128-9.
45. Organización Mundial de la Salud. Interim WHO clinical staging of HIV/AIDS case definitions for surveillance. 16 jun 2005 [consultado el 10 feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf>.
46. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2016.
47. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011.
48. Hamers F, Phillips A. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. HIV Medicine 2008;9(Supl.2):6-12.
49. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: ECDC; 2015 [consultado el 10 feb

- 
- 2017]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>.
50. Krentz H, Auld M, Gill M. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 <200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Med* 2004;5(2):93-8.
51. Grabmeier-Pfistershammer K, Rieger A, Schröck T, Schlag M. Economic burden of late presentation in HIV disease in Austria: a comparison of the initial costs imposed by advanced HIV disease vs. non-late presentation. *Wien Klin Wochenschr*. 2013 Jul;125(13-14):402-7.
52. Krentz HB, Gill MJ. The Direct Medical Costs of Late Presentation (<350/mm) of HIV Infection over a 15-Year Period. *AIDS Res Treat*. 2012;2012:757135.
53. Marks G, Crepaz N, Janssen R. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20(10):1447-50.
54. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: Implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 39:446–53.
55. Organización Mundial de la Salud. Noviembre 2.016. Nota descriptiva VIH/SIDA [consultado el 10 feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.
56. Weinhardt LS. HIV diagnosis and risk behavior. In: Kalichman SC, editor. *Positive Prevention: Reducing HIV Transmission among People Living with HIV/AIDS*. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2005:29–63.
57. Otten MW, Zaidi AA, Wroten JE, Witte JJ, Peterman TA. Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and posttest counselling, Miami, 1988 to 1989. *Am J Public Health* 1993; 83:529–33.
58. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1968;65:281-393.
59. Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública. Documento marco sobre cribado poblacional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. 15 de Diciembre de 2010 [actualizado el 17 ene 2017; consultado el 10 feb 2017]. Disponible en:



---

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado\\_poblacional.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf).

60. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55(RR-14):1-17 [consultado el 10 feb 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>.
61. Virginia A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2013;159:51-60.
62. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Routine human immunodeficiency virus screening. *Obstet Gynecol*. 2008;112:401-3.
63. Emmanuel PJ, Martinez J; Committee on Pediatric AIDS. Adolescents and HIV infection: the pediatrician's role in promoting routine testing. *Pediatrics*. 2011;128:1023-9.
64. World Health Organization. Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region. Policy framework. Geneva 2010.
65. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: Sinopsis de las características y recomendaciones principales. Junio 2.013 [actualizado el 30 jul 2014; consultado el 13 feb 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85323/1/WHO\\_HIV\\_2013.7\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85323/1/WHO_HIV_2013.7_spa.pdf).
66. World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Diciembre 2.016 [consultado el 13 feb 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf>.
67. European Centre for Disease. Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010 [actualizado el 15 mar 2015; consultado el 13 feb 2017]. Disponible en: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129\\_ter\\_hiv\\_testing\\_evidence.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_ter_hiv_testing_evidence.pdf).
68. Royal College of Physicians. Testing for HIV. Concise guidance to good practice series. Great Britain. Oct 2009.

- 
69. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2.013-2.016. [actualizado el 28 sep 2015; consultado el 15 feb 2017]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013\\_2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf).
70. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. 2013 [actualizado el 9 jul 2014; consultado el 15 feb 2017]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA\\_DX\\_VIH.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf).
71. Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS. Prevención de las enfermedades infecciosas. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:36-5.
72. Technical Expert Panel Review of CDC HIV Counseling TaRG. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. November 9, 2001 / 50(RR19);1-58 [consultado el 21 feb 2017]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a1.htm>.
73. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D et al. Routine HIV Screening in France: Clinical Impact and Cost-Effectiveness. PLoS One. 2010 Oct 1;5(10).
74. Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, Mateus C, et al. Routine HIV screening in Portugal: clinical impact and cost-effectiveness. PLoS One. 2013 Dec 18;8(12).
75. Menacho I, Sequeira E, Muns M, Barba O, Leal L, Clusa T, et al. Comparison of two HIV testing strategies in primary care centres: indicator-condition-guided testing vs. testing of those with non-indicator conditions. HIV Med. 2013 Oct;14 Suppl 3:33-7.
76. Moreno S, Ordobás M, Sanz JC, Ramos B, Astray J, Ortiz M, et al. Prevalence of undiagnosed HIV infection in the general population having blood tests within primary care in Madrid, Spain. Sex Transm Infect. 2012 Nov;88(7):522-4.
77. Chocarro Martínez A, Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MP, Martín Gómez C. Human immunodeficiency virus screening in primary care: Acceptance by physicians and patients. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. Julio de 2015;33(6):426-8.

- 
78. Martín-Cabo R, Losa-García JE, Iglesias-Franco H, Iglesias-González R, Fajardo-Alcántara A, Jiménez-Moreno A. Promoting routine human immunodeficiency virus testing in primary care. *Gac Sanit SESPAS*. abril de 2012;26(2):116-22.
79. Grupo VIHAP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica del VIH en atención primaria [consultado el 2 mar 2017]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/VIHAP\\_22Dicbre2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/VIHAP_22Dicbre2016.pdf).
80. Gongidi P, Sierakowski JJ, Bowen GS, Jacobs RJ, Fernandez MI. Survey of Attitudes and Practices of Osteopathic Primary Care Physicians Regarding Taking of Sexual Histories and HIV Screening. *J Am Osteopath Assoc*. 2010 Dec;110(12):712-20.
81. Busto MJ, García San Miguel L, Castelao ME, Bermúdez E. Primary care doctors attitudes and practices in the diagnosis of HIV infection. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. septiembre de 2011;29(7):490-6.
82. Cayuelas-Redondo L, Menacho-Pascual I, Noguera-Sánchez P, Goicoa-Gago C, Pollio-Peña G, Blanco-Delgado R, et al. Indicator condition guided human immunodeficiency virus requesting in primary health care: results of a collaboration. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. diciembre de 2015;33(10):656-62.
83. Elías MJ, Gomez-Ayerbe C, Muriel A, Calonge ME, Diaz A, Elías PP, et al. Comparison of routine versus targeted HIV testing strategies: Coverage and estimated missed infections in emergency room and primary care centre. *J Int AIDS Soc*. 2014;17 4 Suppl 3:19671.
84. Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de SIDA. España, 1980-1998. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:85-9.
85. Aldaz P, Castilla J, Moreno-Iribas C, Irisarri F, Floristán Y, Sola-Boneta J, et al. Cambios en la mortalidad y en las causas de defunción en las personas con diagnóstico de infección por el VIH, 1985-2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25:5-10.
86. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:451-4.
87. Bokhour BG, Solomon JL, Knapp H, Asch SM, Gifford AL. Barriers and facilitators to routine HIV testing in VA primary care. *J Gen Intern Med*. 2009;24:1109-14.

- 
88. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *AIDS*. 2007;21(12):1617-24.
89. Vocalías de Atención Primaria de la Organización Médica Colegial (OMC). Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Organización Médica Colegial de España [actualizado el 25 nov 2015; consultado el 10 mar 2017]. Disponible en: [http://opem.fphomc.es/sites/default/files/resultados\\_estudio\\_medicos\\_ap\\_consecuencias\\_recortes.pdf](http://opem.fphomc.es/sites/default/files/resultados_estudio_medicos_ap_consecuencias_recortes.pdf).
90. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971. 1(7696):405-12.

---

---

15

LISTADO  
DE  
INVESTIGADORES

## **LISTADO DE INVESTIGADORES DEL ESTUDIO VIH-AP**

<b>APELLIDOS, NOMBRE</b>	<b>CENTRO DE TRABAJO, LOCALIDAD.</b>
<b>Aguarón Joven, Eva</b>	C.S. Avda. Ramón y Cajal, Huesca.
<b>Aguilar García, María Dolores</b>	EAP Aguilar del Campoo, Palencia.
<b>Aguilar Shea, Antonio Luís</b>	C.S. Cerceda, Cerceda, Madrid.
<b>Almazán Marchamalo, Raquel</b>	C.S. Can Gibert del Plà, Gerona
<b>Almenar Almenar, Rafael</b>	C.S. República Argentina, Valencia
<b>Almenara Abellán, José Luís</b>	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas, Córdoba.
<b>Alonso Arizcun, Belén</b>	C.S. Los Pintores, Parla, Madrid.
<b>Álvarez Villalba, María del Mar</b>	C.S. Mendiguchía Carriche, Leganés, Madrid.
<b>Amézquita de los Santos, Larissa Analías</b>	C.S. Levante Sur, Córdoba
<b>Amián Novales, Myriam</b>	C.S. Rute, Rute, Córdoba.
<b>Angulo Pajuelo, José Manuel</b>	C.S. Doña Mencía, Doña Mencía, Córdoba.
<b>Antequera Medina, Inmaculada</b>	C.S. Los Rosales, Madrid
<b>Arjona García, Verónica</b>	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas, Córdoba.
<b>Arnáiz de las Revillas Arroyo, Jesús María</b>	C.S. Cotolino I, Castro-Urdiales, Cantabria.
<b>Arzuaga Casado, Santiago</b>	C.S. Roses, Roses, Gerona.
<b>Avelino Hidalgo, Eugenia</b>	C.S. Nazaret, Valencia
<b>Bada Sánchez, Milagros</b>	C.S. Riaño, Langreo, Asturias.
<b>Barcones Gómez, Carlos</b>	C.S. Santa Rosa, Córdoba.
<b>Bartolomé Moreno, Cruz</b>	U.D. MFyC sector Zaragoza 1, Zaragoza.
<b>Bastida Piné, Irene</b>	C.S. Ronda histórica, Sevilla.
<b>Baza Bueno, Mikel</b>	C.S. San Ignacio, Bilbao, Vizcaya.
<b>Berná Guisado, Concepción</b>	C.S. Tijarafe, Tijarafe, Santa Cruz de Tenerife.
<b>Blanquer Gregori, José Francisco Javier</b>	C.S. San Blas, Alicante.
<b>Blázquez Bejarano, Mercedes</b>	C.S. Zaidín Sur, Granada.
<b>Bravo Martín, Isabel</b>	C.S. Barcelona, Móstoles, Madrid.
<b>Buitrago Ramírez, Francisco</b>	C.S. La Paz, Badajoz.
<b>Burgasé Oliván, Carmen</b>	C.S. Avda. Ramón y Cajal, Huesca.
<b>Caba Martín, Adoración</b>	Consultorio de Peñuelas, Láchar, Granada.
<b>Cacereño Jiménez, Belén</b>	C.S. Escola Graduada, Palma de Mallorca.
<b>Cachón Rodríguez, María Luisa</b>	C.S. José María Llanos, Madrid.
<b>Calvo García, Esperanza</b>	C.S. Cerceda, Cerceda, Madrid.
<b>Callejo Giménez, Elvira</b>	C.S. Circunvalación, Valladolid.
<b>Cámara Escribano, Carmen</b>	C.S. 2 de Mayo, Móstoles, Madrid.
<b>Canellas Criado, Yolanda</b>	C.S. Monóvar, Madrid.
<b>Carceller Layel, María Visitación</b>	C.S. Getaria, Getaria, Guipúzcoa.
<b>Casablanco Figueras, Sira</b>	C.S. Casanova, Barcelona.
<b>Casado Martínez, Alejandro</b>	C.S. Carlos Castilla del Pino, Córdoba.
<b>Casanova Colominas, José María</b>	C.S. Virgen de Begoña, Madrid.

<b>APELLIDOS, NOMBRE</b>	<b>CENTRO DE TRABAJO, LOCALIDAD.</b>
<b>Castro Fernández, Cristina</b>	C.S. Santa Rosa, Córdoba.
<b>Castro Moreno, Jaime Jesús</b>	C.S. La Carlota, La Carlota, Córdoba.
<b>Cebrián Martín, Carlos</b>	C.S. Actur Norte, Zaragoza.
<b>Ciria de Pablo, Cristina</b>	C.S. Torrelodones, Hoyo de Manzanares, Madrid.
<b>Cobo Rodríguez, María Rosario</b>	C.S. Verín, Verín, Ourense.
<b>Conejero Deltell, Almudena</b>	C.S. Barrio del Pilar, Madrid.
<b>Cuixart Costa, Lluís</b>	C.S. Roger de Flor, Barcelona.
<b>Daza Ramos, Francisca</b>	C.S. Montefrío, Montefrío, Granada.
<b>de Andrés Cara, Isabel</b>	C.S. Levante Sur, Córdoba.
<b>de Cos Rodríguez, Purificación</b>	C.S. Txurdínaga, Bilbao, Vizcaya.
<b>de la Cámara González, Cristina</b>	C.S. General Ricardos, Madrid.
<b>de la Fuente Arriarán, Dolores</b>	C.S. Sector III, Getafe, Madrid.
<b>de la Peña Antón, Nuria</b>	C.S. El Restón, Valdemoro, Madrid.
<b>de la Peña López, Lorenzo</b>	C.S. Covadonga, Torrelavega, Cantabria.
<b>de la Torre Merinero, Eva María</b>	C.S. Pere Garau, Palma de Mallorca.
<b>de Miguel Feu, Miguel Ángel</b>	C.S. José Marva de Madrid, Madrid.
<b>del Pozo Guzmán, Rafael</b>	C.S. Azahara, Córdoba.
<b>Díaz de Tuesta Díaz de Lezana, Elvira</b>	C.S. Prosperidad, Madrid.
<b>Díaz-Pintado García, María Teresa</b>	C.S. Poniente, La Línea de la Concepción, Cádiz.
<b>Díez Huidobro, Helena</b>	C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte, Madrid.
<b>Duce Tello, Susana</b>	C.S. Orcasitas, Madrid.
<b>Durán Serrat, Manuel</b>	C.S. Sector Sur, Córdoba.
<b>Ellingson García, Sandra</b>	C.S. Valsequillo, Las Palmas de Gran Canaria.
<b>Espejo Espejo, José</b>	C.S. Santa Rosa, Córdoba.
<b>Fandos Olona, Josep María</b>	C.S. Just Oliveras, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
<b>Feliú Sagala, Margarita</b>	C.S. Campamento, Paterna, Valencia.
<b>Fernández Alcón, Elena</b>	C.S. Buenos Aires, Vallecas, Madrid.
<b>Fernández Fernández, María Jesús</b>	C.S. Santa Rosa, Córdoba.
<b>Fernández García, José Ángel</b>	Consultorio de Villarrubia, Villarrubia, Córdoba.
<b>Fernández García, María Lourdes</b>	C.S. Lucena II, Lucena, Córdoba.
<b>Fidalgo Baz, María Jesús</b>	C.S. Federica Montseny, Madrid.
<b>Fransi Galiana, Luís</b>	C.S. Monteporreiro, Pontevedra.
<b>Frías Vargas, Manuel</b>	C.S. Campohermoso, Humanes de Madrid, Madrid.
<b>Gaona Gómez, María Lourdes</b>	C.S. Santiago de la Ribera, Murcia.
<b>García de Francisco, Sara</b>	C.S. Orcasitas, Madrid.
<b>García Fernández, María Eugenia</b>	C.S. Griñón, Griñón, Madrid.
<b>García García, Irene</b>	C.S. Casarabonela, Casarabonela, Málaga.
<b>García Gersol, José Manuel</b>	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas, Córdoba.
<b>García Solana, Ana</b>	C.S. Roger de Flor, Barcelona.
<b>Garmendia Leiza, José Ramón</b>	EAP Jardinillos, Palencia.
<b>Gil Calvo, Joan Josep</b>	C.S. Roger de Flor, Barcelona.



APELLIDOS, NOMBRE	CENTRO DE TRABAJO, LOCALIDAD.
Giner Valero, Mercedes	C.S. Barrio de la Luz, Xirivella, Valencia.
Girón Estrada, Vanessa	C.S. Calatayud Norte, Calatayud, Zaragoza.
Gómez Criado, María Soledad	C.S. General Ricardos, Madrid.
Gómez Fernández, Ofelia	C.S. Campohermoso, Humanes de Madrid, Madrid.
Gómez Gascón, Tomás	C.S. Guayaba, Madrid.
Gómez Martínez, María Dolores	C.S. Totana Norte, Totana, Murcia.
Gómez Rábago, María Luisa	C.S. Adelfas, Madrid.
Gómez Rodríguez, Francisca	C.S. Adelfas, Madrid.
González González, Begoña	C.S. Las Vegas, Corvera, Asturias.
González Hernández, Alberto	C.S. Rafael Alberti, Madrid.
Grandio Gómez, Jonathan	C.S. Barrio del Pilar, Madrid.
Guardaño Ropero, David	C.S. Matrona Antonia Mesa Fernández, Cabra, Córdoba.
Guerra Molina, Íñigo	C.S. Goya, Madrid.
Guerra Sánchez, María Yolanda	C.S. El Álamo, El Álamo, Madrid.
Gutiérrez Humanes, Cristina	C.S. Orcasitas, Madrid.
Gutiérrez Sánchez, Isabel	C.S. Guayaba, Madrid.
Habashneh Sánchez, Sara	C.S. Aravaca, Madrid.
Hernández Fernández, José Antonio	C.S. Requena, Requena, Valencia.
Hernández García, Mercedes	C.S. V Centenario, San Sebastián de los Reyes, Madrid.
Herrería de la Lastra, Ambrosio	C.S. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.
Iturmendi Martínez, Nerea	C.S. General Fanjul, Madrid.
Jódar Salas, María Dolores	C.S. San Blas, Alicante.
Jurado Otero, Margarita	C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña, Madrid.
Lagos Aguilar, Ángela	C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña, Madrid.
Lasso Oria, Virginia	C.S. Orcasitas, Madrid.
León Dugo, Antonio	C.S. Levante Sur, Córdoba.
Lobon Agundez, María del Carmen	C.S. Aravaca, Madrid.
López Campos, José María	C.S. Saúde de Ribeira, Santa Uxía de Ribeira, La Coruña.
López del Rey, Gema	C.S. Levante Sur, Córdoba.
López Guijarro, Carmen María	C.S. Meco, Meco, Madrid.
López Martínez, Manuel	C.S. Fuente Obejuna, Fuente Obejuna, Córdoba.
López Matarín, Alba	C.S. Polígono Guadalquivir, Córdoba.
López Matilla, María Isabel	C.S. Embajadores, Madrid.
López-Marina, Víctor	C.S. Piera, Piera, Barcelona.
Lorenzo Borda, María Soledad	C.S. Las Américas, Parla, Madrid.
Luís Ángel Pérula de Torres	U.D. MFyC Córdoba. Córdoba.
Luna Álvarez, Raquel	C.S. Los Pintores, Parla, Madrid.
Macho del Barrio, Ana	C.S. Vicente Soldevilla, Madrid.
Maestre Serrano, María Dolores	C.S. Polígono Guadalquivir, Córdoba.
Magallon Botaya, Rosa	C.S. Arrabal, Zaragoza.
Magán Tapia, Purificación	C.S. Pavones, Madrid.

APELLIDOS, NOMBRE	CENTRO DE TRABAJO, LOCALIDAD.
Malpica Arce, Patricia	C.S. Covadonga, Torrelavega, Cantabria.
Marcello Andrés, María Concepción	C.S. Galapagar, Galapagar, Madrid.
Marco Segarra, Emilio	C.S. Sarrià del Ter, Sarrià del Ter, Gerona.
Maresca Bermejo, Enrique Ramón	C.S. Alhama de Granada, Granada.
María Tablado, Miguel Ángel	C.S. Perales de Tajuña, Perales de Tajuña, Madrid.
Marín Cañada, Jaime	C.S. Villarejo de Salvanés, Madrid.
Martí Braso, Agnés	C.S. Roger de Flor, Barcelona.
Martín Auriolos, Esther	C.S. La Roca, Málaga.
Martín de Cabo, Rosa	C.S. Pedro Laín Entralgo, Alcorcón, Madrid.
Martín Gordo, Olga	C.S. Orcasitas, Madrid.
Martín Moreno, Vicente	C.S. Orcasitas, Madrid.
Martínez de la Iglesia, Jorge	C.S. Lucano, Córdoba.
Martínez Egea, Francisco José	C.S. La Fábrica, Alcoy, Alicante.
Martínez González, María Dolores	C.S. Repelega, Portugalete, Vizcaya.
Martínez Roldán, Leopoldo Luís	C.S. Almodóvar del Río, Córdoba.
Marva Ruiz, Marina	C.S. Campamento, Paterna, Valencia.
Mayolas Saura, Emma	C.S. Sta Coloma de Gramenet, Barcelona.
Mellado Martos, José	C.S. Poniente, La Línea de la Concepción, Cádiz.
Merino Audí, Montserrat	C.S. Torrassa, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
Merino Borrego, Blanca María	C.S. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.
Merino del Amo, Elena	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas, Córdoba.
Mínguez Sorio, María Pilar	C.S. Teruel Centro, Teruel.
Molina Ortega, Gloria	C.S. Azahara, Córdoba.
Montero Alarcón, Rosa	C.S. Los Rosales, Madrid.
Montero Costa, Alejandra	C.S. Fuencarral, Madrid.
Montero Monterroso, José Luís	C.S. Dña Josefina Carmona, Fernán-Núñez, Córdoba.
Mora Moreno, Francisco	C.S. Molino de la Vega, Huelva.
Morales López, Rosario	C.S. Cartagena Oeste, Cartagena, Murcia.
Moreno Cano, María del Pilar	C.S. La Chopera, Alcobendas, Madrid.
Moreno Fernández, Gemma	C.S. Azahara, Córdoba.
Moya Rodríguez, María Luisa	C.S. Puerta Blanca, Málaga.
Muñoz Álamo, Miguel	C.S. Azahara, Córdoba.
Muñoz Bieber, Renata	C.S. Buenos Aires, Vallecas, Madrid.
Muñoz Martínez de Salinas, Cristina	C.S. Puerta Bonita, Madrid.
Muñoz-Quirós Aliaga, Sagrario	C.S. Monóvar, Madrid.
Navarrete Espejo, Manuel	C.S. Sector Sur, Córdoba.
Navas Cutanda, Jesús	C.S. Barrio de la Luz, Xirivella, Valencia.
Ordóñez Pérez, Violeta	C.S. Peñarroya, Peñarroya, Córdoba.
Oriol Cerbe, Cristina	C.S. Sta Coloma de Gramenet, Barcelona.
Ortega Osuna, María Ángeles	C.S. Fuensanta, Córdoba.
Orzaez Casado, Isabel	C.S. Castro del Río, Castro del Río, Córdoba.

APELLIDOS, NOMBRE	CENTRO DE TRABAJO, LOCALIDAD.
Osuna Ortiz, Antonia	C.S. Montoro, Montoro, Córdoba.
Palmer Muntaner, Patricia	C.S. Escola Graduada, Palma de Mallorca, Baleares.
Peláez Rodríguez, Estíbaliz	C.S. Ortuella, Ortuella, Vizcaya.
Pérez Ramírez, Mercedes	C.S. El Álamo, El Álamo, Madrid.
Pérez Romera, Francisco Javier	C.S. Venta del Viso, La Mojonera, Almería.
Pérez Santos, Josep María	C.S. Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
Piles Cabo, María	C.S. Benifaió, Benifaió, Valencia.
Pineda Ronda, Vicenta	C.S. Serrería I, Valencia.
Polo Fernández, María Noelia	C.S. Daroca, Madrid.
Ponferrada Caballero, Pascual	C.S. Sector Sur, Córdoba.
Porras Pastor, Francisco Javier	C.S. Matrona Antonia Mesa Fernández, Cabra, Córdoba.
Priego Artero, Melania	C.S. Maragall, Barcelona.
Puente García, Nieves	C.S. Galapagar, Galapagar, Madrid.
Puentes Torres, Rafael Carlos	C.S. Frölunda, Gotemburgo. Suecia.
Pueyo Val, Olga María	C.S. Cariñena, Cariñena, Zaragoza.
Puigdengolas Armengol, Xavier	C.S. St Fruitós, St Fruitós de Bages, Barcelona.
Raga Marí, Remei	C.S. República Argentina, Valencia.
Redondo Gorostiza, Estíbaliz	C.S. Montclar, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.
Rezola Gamboa, Francisco Javier	C.S. Son Pisà, Palma de Mallorca, Islas Baleares.
Ridaura Ruiz, Beatriz	C.S. Lucena I, Lucena, Córdoba.
Rivacoba Orbe, Lorea	C.S. San Ignacio, Bilbao, Vizcaya.
Rivas Escalera, José Antonio	C.S. Puente Genil II, Puente Genil, Córdoba.
Rodríguez Blanco, Llanos	C.S. Pubilla Casas, Esplugues de Llobregat, Barcelona.
Rodríguez Priego, Manuela	C.S. Guadalquivir, Córdoba.
Rodríguez Rodríguez, Mariela Carolina	C.S. La Victoria, La Victoria, Córdoba.
Rodríguez-Rubio Rodríguez, Águeda	C.S. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.
Rojas Bejarano, Domingo	C.S. Sector Sur, Córdoba.
Rojo Calderón, Aránzazu	C.S. Covadonga, Torrelavega, Cantabria.
Rollán Arribas, Begoña	C.S. Orcasitas, Madrid.
Romero Rodríguez, Esperanza María	C.S. Azahara, Córdoba.
Rosado López, Asunción	C.S. San Andrés, Madrid.
Rubira López, Domingo J.	C.S. Cieza Oeste, Cieza, Murcia.
Rufo Jiménez, José	C.S. Bollullos Par del Condado, Huelva.
Ruz Torres, Lorenza	C.S. Carlos Castilla del Pino, Córdoba.
Sáenz Hernáiz, Juan Ignacio	C.S. Dr. Josep Alsina I Bofill, Palafrugell, Gerona.
Sáez Lara, Alfredo	C.S. Sector Sur, Córdoba.
Sáinz-Maza Aparicio, Mauricio	C.S. Alpes, Madrid.
Sánchez Cañete, Eva María	C.S. Guadalquivir, Córdoba.
Sánchez Íñigo, Cristina	C.S. Goya, Madrid.
Sánchez Lozano, Ana	C.S. Adelfas, Madrid.
Sánchez Vázquez, Inmaculada	C.S. El Álamo, El Álamo, Madrid.

<b>APELLIDOS, NOMBRE</b>	<b>CENTRO DE TRABAJO, LOCALIDAD.</b>
<b>Sanz Pascual, María del Mar</b>	C.S. Alameda de Osuna, Madrid.
<b>Sanz Rioyo, Marta</b>	C.S. Juan de Austria, Alcalá de Henares, Madrid.
<b>Segovia Rodríguez, Javier</b>	C.S. Santa Rosa, Córdoba.
<b>Sequeira Aymar, Ethel (Miembros de la Unidad de Cuidado Compartido de VIH AH-AP)</b>	C.S. Casanova, Barcelona.
<b>Serra Renovales, Edurne</b>	CAP S. Andreu, Manresa.
<b>Sierra Duque, Francisco</b>	C.S. Colón, Córdoba.
<b>Sierra Elosua, Inmaculada</b>	C.S. Roses, Roses, Gerona.
<b>Sierra Santos, Lucía</b>	C.S. Manzanares el Real, El Boalo, Madrid.
<b>Silva Gil, Fátima</b>	C.S. Rafael Florez Crespo, Posadas, Córdoba.
<b>Sillero Sillero, Cristóbal</b>	C.S. Lucena II, Lucena, Córdoba.
<b>Solar Barruetabeña, Marta Patricia</b>	C.S. Otxarkoaga, Bilbao, Vizcaya.
<b>Soria López, Clara Isabel</b>	C.S. Torre de Esteban Hembra, Toledo.
<b>Sorroche Baldomero, José</b>	C.S. Mirasierra, Granada.
<b>Soto Díaz, Cristina</b>	C.S. Santa Rosa, Córdoba.
<b>Terol Molto, Cecilia</b>	C.S. San Blas, Alicante.
<b>Thalamas Atienza, Juan Aitor</b>	C.S. Lezo, Lezo, Guipúzcoa.
<b>Ulloa Gasso, Susana</b>	C.S. Es Viver, Ibiza.
<b>Valverde Gubianas, Juan Manuel</b>	C.S. Fuensanta, Córdoba.
<b>Verdú Arnal, Montserrat</b>	C.S. Roger de Flor, Barcelona.
<b>Vicén Pérez, Carmen</b>	C.S. Juan de Austria, Alcalá de Henares, Madrid.
<b>Vidal Cambra, Magdalena</b>	C.S. Calafell, Calafell, Tarragona.

---

---

16

ANEXOS

## ANEXO I. Manual de procedimientos.

ESTUDIO VIH-AP

Manual de procedimientos

### ANEXO I

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**1º**– Lea detenidamente el proyecto del estudio antes de comenzar. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros a través del email [estudioVIH@hotmail.com](mailto:estudioVIH@hotmail.com) o en el teléfono **650180174**.

**2º**– Con esta documentación debe haber recibido el anexo II con los códigos asignados a usted como MÉDICO y a su CENTRO.

**3º**– Cumplimente y firme el anexo III, aceptando participar como investigador en este estudio.

**4º**– Para la captación de sujetos recuerde que queremos hacer una búsqueda oportunista, es decir, el paciente acude a consulta por un motivo diferente al tema de estudio, y se decide solicitar una analítica de sangre. En ese momento, siempre que el paciente cumpla los criterios de inclusión y exclusión, se le preguntará si desea participar en el estudio.

**5º**– Si consiente participar, ofrezca al paciente el Consentimiento Informado para que lo lea y lo firme (anexo IV)

**6º**– Asigne un código al sujeto siguiendo los pasos explicados en el anexo II.

**7º**– Registre en el anexo V el código del paciente con su correspondiente código de usuario de la Seguridad Social.

**8º**– Rellene el cuaderno de recogida de datos para pacientes (CRD-P; anexo VI) incluyendo los códigos (el suyo como “MÉDICO”, el del “CENTRO” donde trabaja, y el del “PACIENTE”). Recuerde que deben ser incluidos en el estudio tanto los sujetos que acepten realizarse la prueba del VIH como los que no, siempre que acepten participar en el estudio. Para cada pregunta marque con una X la casilla que corresponda. En caso de que el paciente acceda a realizarse la prueba del VIH, guarde su CRD-P en algún lugar confidencial hasta recibir el resultado para poder anotarlo y darlo por finalizado.

**9º**– Al completar la captación de los 25 pacientes necesarios, rellene el cuaderno de recogida de datos del médico (CRD-M; anexo VII) con sus datos e impresiones.

Recuerde que entendemos por **ACEPTABILIDAD** la medida en que las personas a quienes la prueba está destinada aceptan someterse a la misma, y que la **FACTIBILIDAD** se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas.

**10º**– Guarde toda la documentación (anexo III, 25 copias del anexo IV, anexo V, 25 CRD-P y un CRD-M) en el sobre facilitado y envíenosla de vuelta a la siguiente dirección:

UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, C/Isla de Lanzarote nº 3, CP: 14011, CÓRDOBA.

---

## ANEXO II. Códigos.

ESTUDIO VIH-AP

Códigos

### ANEXO II

### CÓDIGOS

Le agradecemos de antemano su participación en el estudio titulado ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DE PACIENTES CON LA INFECCIÓN POR VIH EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Los códigos que le han sido asignados para este estudio son los siguientes:

MÉDICO: \_\_\_\_\_

CENTRO: \_\_\_\_\_

Los códigos de los pacientes se forman con 6 dígitos. Los 4 primeros dígitos corresponderán a código asignado a usted como médico. Los 2 últimos dígitos deberán seguir un orden correlativo desde el 01 hasta el 25.

Así pues, si su código como médico es el \_\_\_\_\_, al primero de sus pacientes debe asignar el código \_\_\_\_\_, al segundo el código \_\_\_\_\_ y así correlativamente hasta llegar al código \_\_\_\_\_.



---

### ANEXO III. Compromiso del investigador.

ESTUDIO VIH-AP

Compromiso del Investigador

#### ANEXO III

#### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

D/Dña. \_\_\_\_\_

Investigador del centro \_\_\_\_\_

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigador en el estudio titulado ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DE PACIENTES CON LA INFECCIÓN POR VIH EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, comprometiéndose a seguir lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité de Ética de Investigación Clínica, incluyendo los pacientes previstos y llevando a cabo lo establecido en el protocolo del estudio.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Fdo: D/Dña. \_\_\_\_\_

Código de investigador asignado: \_\_\_\_\_

## ANEXO IV. Formulario de consentimiento informado.

ESTUDIO VIH-AP

Consentimiento informado del paciente

### ANEXO IV

#### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación “ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA OPORTUNISTA DE PACIENTES CON LA INFECCIÓN POR VIH EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”, al que se le invita a participar.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente. Pretendemos que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no hacerlo o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico o enfermero ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La infección por el virus de la inmunodeficiencia VIH es una infección que afecta aproximadamente a 80 de cada 100.000 españoles. La infección por el VIH en este momento en España es considerada una infección de transmisión sexual pues esta es la vía de contagio más usual. Es una infección tratable y se ha convertido en una enfermedad crónica. En bastantes casos existe un importante retraso en el diagnóstico lo que dificulta el acceso del paciente infectado al tratamiento y además puede favorecer que, por desconocimiento y al no poner medidas preventivas, otras personas se infecten. Sabemos que existen en nuestro medio personas infectadas que no saben que lo están y que acuden de forma regular al sistema sanitario por lo que en este estudio pretendemos valorar si es útil que a los pacientes a los que se les solicita un análisis de sangre por cualquier motivo se les ofrezca la posibilidad de realizarse la prueba para detectar infección por VIH.

#### ¿EN QUÉ CONSISTIRÁ SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Si usted decide participar en el presente estudio, deberá autorizar para que el profesional que le atiende utilice sus datos con fines científicos, manteniendo la confidencialidad de los mismos. La aceptación a participar en el estudio no implica necesariamente la realización de la prueba del VIH.

#### ¿QUÉ BENEFICIOS PUEDE OBTENER DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Conocer su estado serológico con respecto a la infección por el VIH y posibilitar el tratamiento precoz en caso necesario si finalmente decide realizarse el análisis de sangre. Además, esperamos que este estudio contribuya a un diagnóstico más precoz de la infección VIH en España mejorando el estado de salud de la población general.

#### ¿QUÉ RIESGOS PUEDE CORRER POR SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Su participación no supone ningún riesgo directo para usted. La única prueba médica que se le va a realizar es la extracción de sangre (o punción venosa) en caso de que así lo desee. Los riesgos relacionados con la punción venosa son leves: sangrado, desvanecimiento o sensación de mareo, hematoma o “morado” y muy rara vez infección.

#### CONFIDENCIALIDAD

La información que usted nos aporte será **absolutamente confidencial** y solo será utilizada para los objetivos de este estudio, siendo conocida únicamente por el profesional que participa en el. Su nombre no saldrá identificado en los documentos de recogida de datos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al profesional sanitario del estudio.

Solo se transmitirán a terceros los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al profesional sanitario del estudio, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

#### OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de los datos que le identifiquen.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno. En este caso, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

La investigadora responsable del ensayo (Dra. Cristina Aguado Taberné), estará encantada de contestar a cualquier duda o pregunta que le surja a lo largo del estudio.

#### AGRADECIMIENTO

Muchas gracias por haber leído esta información del estudio. Tómese el tiempo necesario antes de decidir si desea participar. Si decide tomar parte en el estudio, por favor firme el formulario de consentimiento informado. Se le entregará una copia de este documento y del formulario de consentimiento para que Usted lo guarde.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SUJETOS  
(copia para el paciente)**

**Título del estudio:** "ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA BÚSQUEDA  
OPORTUNISTA DE PACIENTES CON LA INFECCIÓN POR VIH EN LOS  
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD"

Yo,.....(nombre y apellidos).

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con ..... (nombre del investigador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - 1º Cuando quiera.
  - 2º Sin tener que dar explicaciones.
  - 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

.....  
( fecha) (firma del participante)

.....  
( fecha) (firma del investigador)

```

graph LR
    A[ESTUDIO VIH-AP] --> B[Identificación de pacientes]
  
```

**CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES**

\* Código asignado en el cuaderno de recogida de datos.

\*\* Número de afiliación de la Seguridad Social.

## ANEXO VI. Cuaderno de recogida de datos de pacientes.

ESTUDIO VIH-AP

Cuaderno de recogida de datos del paciente (CRD-P)

### ANEXO VI

Por favor, antes de empezar a rellenar el CRD, léase con atención las instrucciones recogidas en el Manual del estudio

#### Códigos

Médico						
Centro						
Paciente						

#### Criterios de Inclusión:

- Entre 18 y 65 años
- Se le va a realizar analítica por otro motivo
- No se le ha hecho VIH antes
- Da consentimiento informado

#### Criterios de Exclusión:

- Fuera del rango de edad
- VIH ya realizado
- Deterioro psíquico o físico
- Embarazada

### A.- Datos socio-demográficos y conductas del paciente

1.-Año de nacimiento				
----------------------	--	--	--	--

2.-Sexo	Hombre	1	
	Mujer	2	

3.-Tabaco	No fumador	1	
	Fumador	2	

4.-Alcohol	No bebedor	1	
	Bebedor	2	

5.-Pareja estable	Sí	1	
	No	2	

6.-Nivel de instrucción	Sin estudios	1	
	Sabe leer y escribir	2	
	Estudios primarios	3	
	Estudios secundarios	4	
	Estudios universitarios	5	

7.-Motivo principal por el que se realiza la analítica	Control de enfermedad crónica (HTA, DM, HBP...)	1	
	Diagnóstico de enfermedad aguda	2	
	El paciente la solicita	3	
	Otros (Especificar):	4	

**B.- Prueba VIH**

8.-¿Acepta realizarse la prueba del VIH?	Sí	1	
	No	2	

**9.1.- Si no acepta realizarse la prueba, marque el motivo principal:**

1	Le preocupa que el resultado sea positivo
2	Le preocupa que se entere su familia
3	No considera que esté en riesgo
4	Piensa realizársela en otro centro
5	Le preocupa que los datos no sean confidenciales
6	Siente temor por las agujas y la sangre
7	Otras razones (Especificar):

**9.2.- Si acepta realizarse la prueba, indique el motivo principal por el que no se la ha hecho hasta ahora:**

1	Le preocupaba que el resultado fuera positivo
2	Le preocupaba que se enterase su familia
3	No consideraba que estuviese en riesgo o fuese aconsejable
4	Su médico o enfermera no se lo había propuesto
5	No sabía dónde acudir a hacerse la prueba
6	Le preocupaba que los datos no fuesen confidenciales
7	Sentía temor por las agujas y la sangre
8	Otras razones (Especificar):

10.- Resultado de la prueba	Positivo	1	
	Negativo	2	

## ANEXO VII. Cuaderno de recogida de datos del médico.

ESTUDIO VIH-AP

Cuaderno de recogida de datos del Médico (CRD-M)

### ANEXO VII

Médico				
Centro				

1. Año de nacimiento				
----------------------	--	--	--	--

2. Sexo	Hombre	1	
	Mujer	2	

3. Docente	Sí	1	
(MIR, estudiantes,..)	No	2	

4. Años dedicados a la investigación	
--------------------------------------	--

	Años	Meses
5. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este cupo de pacientes?		

6. ¿Cómo conoció el estudio?	SEMFYC	1	
	Unidad Docente Córdoba	2	
	Contacto directo	3	
	Otros medios	4	

Una vez finalizada la recogida de datos, y en las condiciones en las que está planteada la estrategia en este estudio, es decir, captando al paciente aprovechando la petición de una analítica de sangre, responda a las siguientes preguntas:

¿Considera <b>aceptable</b> la búsqueda oportunista de VIH en AP?	Sí	1	
	No	2	

¿Por qué? (razone o matice su respuesta, en caso de que así lo prefiera).



**Con los actuales medios de que dispone, y valorando la respuesta o receptibilidad del paciente a su propuesta de hacerse la prueba en esas circunstancias:**

¿Considera <b>factible</b> la búsqueda oportunista de VIH en AP?	Si	1	
	No	2	

¿Por qué? (razone o matice su respuesta, en caso de que así lo prefiera).

Alguna otra observación que desee hacer:

## ANEXO VIII. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía

**Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, Comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre de 2010), del que es Presidente Joaquín Alanís López**

### CERTIFICA

Que en reunión del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba celebrada el día 29 de mayo de 2013, acta nº 219 (referencia 2243), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "Aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista de pacientes con la infección por VIH en los Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud", en el que figura como Investigador principal doña Cristina Aguado Taberna, adscrito a la UGC de Medicina de Familia UGC Santa Rosa del Distrito Sanitario Córdoba, habiendo considerado los integrantes de dicho Comité que el citado proyecto respeta los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, demostrando sus autores conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, estando bien definidos sus objetivos y siendo adecuada su metodología, por lo que hacen constar la viabilidad en todos sus términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Se hace constar, de acuerdo con el art. 27,5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que la presente certificación se emite con anterioridad a la aprobación del acta correspondiente.

En Córdoba, a treinta de mayo de dos mil trece

EL SECRETARIO

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

EL PRESIDENTE

Fdo.: Joaquín Alanís López



## ANEXO IX. Aprobación de la Comisión Central de Investigación de Madrid.

### Informe de la Comisión Central de Investigación

**Código de Protocolo: 45/13**

**Título:** Aceptabilidad y factibilidad de la búsqueda oportunista de pacientes con la infección por VIH en los centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

**Promotor:** Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

La **Comisión Central de Investigación**, en su reunión del día 22 de Enero de 2014, según consta en el Acta 01/14, **INFORMA FAVORABLEMENTE** sobre la realización de dicho estudio en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 23 de Enero de 2013

**Presidente de la Comisión Central de Investigación**


**Fdo.: Ana Miquel Gómez**

---